



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS

REGIANE FREITAS DO NASCIMENTO ANDRADE

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS ASSISTENTES
SOCIAIS INSERIDOS NA REDE HOSPITALAR PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU-SE**

**São Cristóvão – SE
2019**

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS ASSISTENTES
SOCIAIS INSERIDOS NA REDE HOSPITALAR PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU-SE**

REGIANE FREITAS DO NASCIMENTO ANDRADE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade
Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção
do título de Mestre em Serviço Social

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vânia Carvalho Santos

São Cristóvão-SE

2019

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

A553j Andrade, Regiane Freitas do Nascimento
Judicialização da saúde : uma análise a partir dos assistentes
sociais inseridos na rede hospitalar pública do município de
Aracaju/SE / Regiane Freitas do Nascimento Andrade ; orientadora
Vânia Carvalho Santos. – São Cristóvão, SE, 2019.
190 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2019.

1. Serviço Social - Sergipe. 2. Política de saúde. 3. Saúde
pública – Sergipe. 4. Ação judicial. 5. Neoliberalismo. I. Santos,
Vânia Carvalho, orient. II. Título.

CDU 364-787.9:342.7:614(813.7)

REGIANE FREITAS DO NASCIMENTO ANDRADE

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS ASSISTENTES
SOCIAIS INSERIDOS NA REDE HOSPITALAR PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE
ARACAJU-SE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade
Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção
do título de Mestre em Serviço Social

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vânia Carvalho Santos

Aprovado em: 24/05/2019

Prof^ª Dr^ª. Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves (Examinadora interna)
Universidade Federal de Sergipe

Prof^ª. Dr^ª. Josefa Lusitânia de Jesus Borges (Examinadora interna - Suplente)
Universidade Federal de Sergipe

Prof^ª Dr^ª. Maria Cecília Tavares Leite (Examinadora externa)
Secretaria de Educação do Município de Aracaju-SE

Prof^ª. Dr^ª. Vânia Carvalho Santos (Orientadora)
Universidade Federal de Sergipe

À Clarissa e Paulo, e aos meus pais, Vânia e Samuel, minhas fontes de amor, aconchego e força!

RESUMO

A trajetória da política de saúde no Brasil é marcada por um processo de mobilização política e consubstanciada, enquanto direito, a partir da década de 1980 com a Constituição Federal Brasileira de 1988 e leis subsequentes, como a Lei 8.080/90. Por outro lado, a década de 1990 marcou o processo de contrarreforma no Estado brasileiro por meio da política neoliberal, que atingiu sobremaneira a área social, sobretudo no que diz respeito às políticas sociais. Neste sentido, a atual conjuntura da saúde apresenta recorrentes situações marcadas pela falta de efetividade dos direitos garantidos por lei. Esta pesquisa objetivou analisar, sob a perspectiva dos assistentes sociais, a estratégia da judicialização da saúde para a reivindicação de direitos no âmbito da rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE. O estudo perpassa a análise de que esta estratégia evidencia um impasse entre a garantia e a negação desses direitos, uma vez que, embora se constitua uma possibilidade para se buscar a efetividade no acesso a bens e serviços da saúde, atua de forma pontual, não acarretando mudanças mais profundas e estruturais na política de saúde. Trata-se de uma pesquisa empírica, do tipo exploratória e de abordagem qualitativa, cuja análise está fundamentada no materialismo histórico dialético. A pesquisa baseou-se na análise de fontes bibliográfica e documental, além da técnica de entrevistas semiestruturadas junto aos assistentes sociais inseridos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE, e a amostra constituiu-se de 17 entrevistados. Os dados construídos com base nos documentos da Câmara de Litígios da Saúde da DPE-SE apontaram que a judicialização da saúde, neste município, decorre de necessidades que vão desde a alta até a baixa complexidade, a exemplo das solicitações de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e exames, que seguem uma tendência nacional e corrobora com o fato de que a política estruturante neoliberal traz profundas consequências para a manutenção de serviços básicos e essenciais no SUS. A respeito da perspectiva dos assistentes sociais quanto ao tema, observou-se que a maioria a compreende como uma estratégia legítima para a reivindicação de direitos, porém não identificou quais os fatores que estão por trás desse processo na atual conjuntura. Os sujeitos da pesquisa se autodeclararam como um dos principais agentes que orientam os usuários a recorrerem à judicialização da saúde, confirmando o comprometimento deste profissional com os direitos dos usuários, independentemente se este processo aponta uma fragilidade na política de saúde. Acerca dos impactos da judicialização da saúde sobre o exercício profissional do assistente social, a maioria dos entrevistados não identificou tais aspectos, evidenciando a necessidade de que estes profissionais tenham espaços de reflexão que possibilitem a compreensão da realidade além de sua imediatez, levando à análise das contradições capitalistas e sua incidência sobre seus processos de trabalho. Concluiu-se que, apesar de a judicialização da saúde ser uma alternativa legítima e extremamente importante na garantia e manutenção dos direitos no âmbito do SUS, a mesma opera em certa superficialidade com resoluções pontuais e muitas vezes individualizadas dos problemas coletivos de saúde.

Palavras-Chave: Política de Saúde. Judicialização da Saúde. Neoliberalismo. Serviço Social.

ABSTRACT

The trajectory of health policy in Brazil is marked by a process of political mobilization and was embodied, as a right, from the 1980s, with the Brazilian Federal Constitution of 1988 and subsequent laws, such as Law 8.080/90. On the other hand, the 1990s marked the process of counter-reform in the Brazilian state through neoliberal policy, which hit severely the social area, especially with regard to social policies. In this sense, the present health context presents recurrent situations marked by the lack of effectiveness of rights guaranteed by law. This research aimed to analyze, from the perspective of social workers, the strategy of the judicialization of health for the claim of rights within the public hospital system of the city of Aracaju-SE. The study goes through the analysis that this strategy shows a deadlock between the guarantee and the denial of these rights, because, although it constitutes a possibility for achieving the effectiveness in the access to health goods and services, it acts in a punctual way, not causing deeper and more structural changes in health policy. This is an empirical research, with an exploratory nature and a qualitative approach, whose analysis is based on dialectical historical materialism. The research was based on the analysis of bibliographic and documentary sources, besides the technique of semi-structured interviews with social workers inserted in the public hospital system of the city of Aracaju-SE, and the sample consisted of 17 interviewees. The data constructed based on the documents of the Câmara de Litígios da Saúde da DPE-SE reveal that the judicialization of health in this city stems from needs ranging from high to low complexity, which follow a national trend and corroborates the fact that the neoliberal structuring policy has profound consequences for the maintenance of basic and essential services in the SUS. Regarding the perspective of social workers on the subject, it was observed that most of them understand it as a legitimate strategy for the claim of rights, but they did not identify which factors are behind this process in the current conjuncture. The research subjects declared themselves as one of the main agents that guide users to resort to health judicialization, confirming the commitment of this professional with the users' rights, regardless of whether this process points to a weakness in health policy. Regarding the impacts of the judicialization of health on the professional exercise of the social worker, most interviewees did not identify such aspects, evidencing the need for these professionals to have spaces of reflection that enable the understanding of reality beyond its immediacy, leading to the analysis of capitalist contradictions and its impact on their work processes. It was concluded that, although the judicialization of health is a legitimate and extremely important alternative in the guarantee and maintenance of rights within the SUS, it was found that it operates in a certain superficiality with punctual and often individualized resolutions of collective health problems.

Key words: Health policy. Judicialization of health. Neoliberalism. Social Service.

AGRADECIMENTOS

“Você não sabe o quanto eu caminhei pra chegar até aqui...”

A frase parece clichê, mas identifica um período que significou muito mais do que a obtenção de um título. Verdadeiramente, “percorri milhas e milhas antes de dormir, eu nem cochilei”. Ah, como superei meus limites físicos, emocionais, psicológicos, objetivos...! Hoje, porém, esse processo se traduz em gratidão profunda a todos aqueles que foram meu apoio nessa travessia.

A Deus, fonte de amor supremo, reconstrói e revigora minhas forças e ânimo quando tudo parece dizer que não. Como poder ser um Deus tão grande assim?

À minha filha Clarissa, meu amor maior! Tão pequena, quantas vezes tive que deixar de estar presente para me dedicar ao mestrado, mas no coração, a certeza de que tudo que faço é para você e por você! Ao meu esposo, Paulo, amigo, companheiro da vida, das lutas diárias, me incentiva em meus planos e projetos, muitas vezes me mostrando que eu sou capaz! Amo vocês para sempre!

Aos meus pais, Vânia e Samuel, meu profundo amor e agradecimento, os meus olhos marejam só de lembrar das suas lutas enquanto agricultores, das dificuldades do interior, mas o desejo sempre constante de deixarem para seus filhos aquilo que eles não tiveram acesso: os estudos. Especialmente, à minha mãe que no primeiro ano do mestrado, viajava semanalmente para que eu pudesse assistir às aulas, esse título também é seu! E aos meus irmãos, Cida e Raony, pela partilha da vida, dos sonhos, das alegrias e tristezas, pela certeza de serem um ombro amigo sempre que eu precisar. Amo vocês!

À família do meu esposo, minha segunda família, Dona Ana, Seu Raimundo, Jaqueline, Rafael, Fagner e Thalita, pelas inúmeras vezes que me ajudaram nos cuidados com Clarissa para que eu pudesse me ausentar. Vocês foram fundamentais!

Aos amigos da minha querida Pedrinhas, os quais não irei nominar, porque, com certeza, seria injusta com alguém; vocês fazem parte das minhas melhores lembranças, para onde eu sempre volto, pois sei que é garantia de carinho, afeto, grandes amizades e boas risadas!

Aos amigos que a graduação na UFS me possibilitou, especialmente ao trio que compõe o “quarteto fantástico”, Letícia, Diléa e Edilma, pelas trocas de experiências cotidianas, mas também pela oportunidade de ter em vocês uma amizade sincera e sempre presente! Especialmente à minha companheira de mestrado, Diléa, que me estimulou a entrar nessa aventura. Fomos uma para a outra fonte de apoio mútuo.

À turma de mestrado 2017.1: Anne, Dani, Diléa, Mayara, Rosa, Jane, Edson, Jéssica, Fran, Flávia e Emmanuelle, pela troca de aprendizado e pelo conhecimento construído durante esse trajeto, sei o quanto cada um se esforçou para chegar nesse lugar, muito boa sorte a todos!

À Anne e Dani, pela amizade construída para além do mestrado, pois se tornaram amigas queridas, de partilha do riso ao pranto. Sei que fisicamente não poderemos estar sempre juntas, mas o carinho e amizade seguirão sempre!

A todos que compõem o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS), inicio meu carinho e gratidão ao funcionário Walter, pela disponibilidade e cortesia de sempre! Às professoras do mestrado, comprometidas com a reflexão crítica e a transformação da sociedade a partir da construção do conhecimento.

À minha orientadora, Prof^a Vânia Carvalho, um agradecimento especial, pela disponibilidade de sempre, pelo incentivo que vinham desde a elaboração da pesquisa a uma escuta que chegava às demais áreas da vida, nunca desconsiderando o que ia além da pesquisa, as interferências externas, subjetivas, emocionais, etc. Obrigada pelo respeito às minhas escolhas, pela sensatez e carinho com que conduziu esse processo!

À Prof^a Lica, por meio da qual pude vivenciar a experiência do estágio docência, estendo o mesmo sentimento de gratidão e carinho. Uma mestra exemplar, pelo seu comprometimento com a luta dos trabalhadores, com a formação crítica dos alunos, e acima de tudo, pelo ser humano excepcional que me possibilitou aprender muito mais do que o conhecimento científico!

À banca examinadora, pelas valiosas contribuições com o trabalho.

Aos assistentes sociais sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade de reflexão da prática profissional e empenho na construção do conhecimento, pelos esforços diários do trabalho que se vinculam com a luta e defesa dos direitos dos usuários e com a transformação da sociedade. Muito obrigada!

À assistente social Mary, inserida na ocasião da pesquisa na Defensoria Pública do Estado de Sergipe, pelo apoio que me proporcionou nos contatos iniciais de coleta de dados, e pelo intermédio para interlocução junto ao Defensor Público Dr. Saulo Lamartine, que também se comprometeu com a construção do estudo através da disponibilidade de dados da referida instituição. Muito obrigada a vocês!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro que possibilitou minha manutenção no mestrado e a realização desta pesquisa.

A todos que, direta ou indiretamente, estiveram comigo nessa trajetória. Valeu a pena, valeu muito a pena!

Desgraçada Justiça! Da igualdade
Tu não sabes o ponto: é a balança
Do interesse, que só por ti decide.
Que despachos injustos, que dispensas,
Que mercês, e que postos não se compram
Ao grave peso da selada firma! (Cartas
Chilenas, Poeta Critillo)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Orçamento Federal Executado em 2017.....	55
Gráfico 1: Estatística do Núcleo de Saúde 2015-2016.....	67
Gráfico 2: Facilidade de Acesso aos Serviços do SUS.....	70
Gráfico 3: Valores com ações judiciais na saúde por Ano.....	71
Tabela 1: Número de Atendimentos e Soluções Administrativas em 2017.....	72
Gráfico 4: Número de Atendimentos da DPE-SE por Ano.....	72
Figura 2: Mapa Regiões de Saúde de Sergipe.....	86
Gráfico 5: Idade dos Assistentes Sociais.....	93
Gráfico 6: Orientação Sexual dos Assistentes Sociais.....	94
Gráfico 7: Tempo de Trabalho.....	94
Gráfico 8: Instituição de Trabalho.....	95
Gráfico 9: Setor de Trabalho.....	96
Gráfico 10: Demandas dos Usuários levantadas pelos Assistentes Sociais.....	110
Gráfico 11: Demandas do Núcleo de Saúde DPE-SE (2015-2016)	110
Gráfico 12: Faixa Etária dos Usuários.....	133
Gráfico 13: Orientação Sexual dos Usuários.....	135
Gráfico 14: Moradia dos Usuários.....	136
Gráfico 15: Escolaridade dos Usuários.....	137
Gráfico 16: Renda dos Usuários.....	137

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACP - Ação Civil Pública

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFM – Conselho Federal de Medicina

CMDE – Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRLS – Câmara de Resolução de Litígios de Saúde

DPE/SE – Defensoria Pública do Estado de Sergipe

DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre

DRU – Desvinculação das Receitas da União

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ENAM - da Escola Nacional de Mediação

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FOC – Auditoria Operacional Fiscalização de Orientação Centralizada

HPN – Hemoglobinúria Paroxística Noturna

HUSE – Hospital de Urgência de Sergipe João Alves Filho

HU/UFS – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS)

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MNSL – Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

NAT-JUS – Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-governamental

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PT – Partido dos Trabalhadores

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REAE – Rede de Atenção Especializada

REAP – Rede de Atenção Primária

REAST – Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

REHOSP – Rede Hospitalar

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

REUE – Rede de Urgência e Emergência

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1: CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À CENA CONTEMPORÂNEA	23
1.1 CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: O “WELFARE STATE À BRASILEIRA”.	23
1.2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	28
1.2.1 Desenvolvimento capitalista e a questão da saúde	28
1.2.2 O direito à saúde como expressão de lutas sociais: institucionalização do Sistema Único de Saúde	35
1.2.3 Impactos do Neoliberalismo nas Políticas Sociais brasileiras: desafios e possibilidades para a Política de Saúde	39
1.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E A PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS	47
CAPÍTULO 2: JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CONTROVERSA	52
2.1 O ACESSO À JUSTIÇA ENQUANTO DIREITO: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA	52
2. 2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA VIA DE MÃO DUPLA	59
2.2.1 Conceitos essenciais para discussão da judicialização da saúde	59
2.2.2 Da negação do direito à judicialização excessiva da política de saúde: uma equação difícil	69
2.3 ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PELOS ASSISTENTES SOCIAIS: PERCEPÇÃO E FATORES	76
2.3.1 Percepção dos assistentes sociais acerca da judicialização da saúde	77
2.3.2 Fatores que contribuem para o processo de judicialização da saúde	83
2.4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CÂMARA DE LITÍGIOS DA SAÚDE DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE (2015-2017)	89
2.4.1 Estratégias de busca para a efetivação dos direitos em saúde alternativas à judicialização	95
CAPÍTULO 3: JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DOS ASSISTENTES SOCIAIS	105
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO	105
3.1.1 Campo empírico e fontes de pesquisa	105
3.1.2 Sujeitos da Pesquisa e Coleta de Dados	108
3.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES	110
3.2.1 Perfil profissional dos assistentes sociais	111
3.2.2 Principais demandas judicializadas	115

3.2.3 Perfil dos usuários	128
3.2.4 Profissionais que orientam o processo de judicialização da saúde	135
3.2.5 Participação do Serviço Social no processo de judicialização da saúde	139
3.2.6. Principais impactos da judicialização da saúde no exercício profissional do assistente social	143
CONCLUSÕES	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ANEXOS	180
ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAIS	181
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO PLATAFORMA BRASIL	185
APÊNDICES	186
APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE	187
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS ASSISTENTES SOCIAIS	188
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	189

INTRODUÇÃO

A trajetória da política de saúde no Brasil é marcada por um processo de mobilização política na qual a participação social dos sujeitos foi fundamental, especialmente a partir da década de 1980, quando um grande leque de direitos passa a ser regulamentado e consolidado pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Além da Constituição, outras leis subsequentes asseguraram o direito e o acesso às políticas sociais abrangendo a saúde enquanto direito universal e dever do Estado.

Por outro lado, mesmo com o reconhecimento e universalização das políticas sociais, a partir da década de 1990, a política neoliberal tem atingido fortemente a área social, de maneira a desqualificar e mercantilizar os serviços públicos, levando a um verdadeiro desmonte das políticas sociais e atingindo principalmente os países subdesenvolvidos, como o Brasil.

Neste sentido, ao ser observada a atual conjuntura da saúde, da qual pode-se verificar recorrentes situações marcadas pela falta de efetividade dos direitos garantidos por lei, percebe-se uma forte tendência de judicialização da saúde. No âmbito da prática, refere-se a um processo de reivindicação dos cidadãos, de onde se busca a concretização dos direitos expressos nas diversas leis que regem o direito à saúde como política pública. Destaca-se que, ao situarmos o campo da política pública de saúde, a discutiremos, especificamente, no âmbito estatal, pois embora o termo política pública não se relacione exclusivamente à esfera do Estado, na discussão dos objetivos deste trabalho, não serão analisados os impactos da judicialização da saúde em outras esferas, como na saúde suplementar (planos de saúde).

O interesse pelo estudo partiu da inserção da pesquisadora enquanto assistente social do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, no período de 2012 a 2014. Verificou-se que na prática profissional do assistente social na saúde, o limitado acesso a diversos direitos do paciente em situação de internamento, e mesmo no pós-alta, é uma situação que ocorre com regularidade. Dentre algumas das demandas mais recorrentes, que necessitam do profissional de Serviço Social uma análise à luz do aparato jurídico, estão a necessidade de suplementação alimentar, para pacientes com necessidades em seu perfil nutricional; bem como leites e/ou dietas para pessoas com alergias alimentares; aparelhos que contribuem para a recuperação da saúde e manutenção dela, como concentradores de oxigênio; medicações com maior custo financeiro, que não são disponibilizadas na rede de assistência farmacêutica; exames e procedimentos cirúrgicos, desde

os que estão disponíveis até aqueles não padronizados no Sistema Único de Saúde (SUS); dentre outras.

A problematização do objeto da pesquisa advém do fato de que, a partir do contexto de encaminhamento de demandas, as quais em muitas situações não são possíveis de ser concretizadas devido as deficiências na consolidação da política de saúde, seja em termos de restrições financeiras, seja em termos de sucateamento dos serviços, o assistente social vê-se obrigado a direcionar os pacientes e/ou familiares para a esfera judicial a fim de possibilitar que o direito requisitado seja passível de concretização pela via da judicialização. Aqui, entende-se este fenômeno enquanto o processo pelo qual os usuários dos serviços do SUS procuram o Poder Judiciário com o intuito de pleitear insumos e necessidades de saúde que não foram garantidos na implementação da referida política.

Por outro lado, verifica-se que, apesar do Poder Judiciário representar um espaço para as reivindicações das diversas bandeiras de lutas trazidas pela população usuária da saúde, tal movimento também atesta uma fragilização dos direitos estabelecidos pela Lei 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) –, se pensarmos que na própria legislação está explícito um amplo leque de garantias, diga-se um dos mais completos, no que se refere aos processos de promoção, proteção e recuperação da saúde. Desta maneira, a judicialização da saúde, evidencia um impasse entre a garantia e a negação desses direitos, uma vez que embora se constitua em uma possibilidade para se buscar a efetivação de direitos a bens e serviços da saúde, atua de forma pontual nas ações levantadas, não acarretando mudanças mais profundas e significativas na política de saúde.

Ademais, destacamos que nossa análise propõe a discussão acerca dos rebatimentos do neoliberalismo na saúde tendo em vista que, a partir da década de 1990, vimos uma forte tendência de enxugamento dos gastos sociais, em detrimento da esfera econômica. Soma-se a isso o fato de que este movimento de reestruturação política e econômica conduz seu efeito cascata sobre as políticas de seguridade social, o que aprofunda a desqualificação dos serviços públicos e compromete sua cobertura frente à demanda cada vez maior de pacientes que se utilizam do SUS.

O fio condutor desse estudo, que deu sustentação à inquietação investigativa, ampara-se nas seguintes hipóteses:

- A judicialização da saúde representa um fenômeno que, ao mesmo tempo pretende garantir a efetivação do direito à saúde, mas também aponta um evidente processo de

fragilização das garantias estabelecidas no SUS, pois embora represente uma alternativa de encaminhamento dos assistentes sociais diante de demandas que não foram efetivadas, torna-se uma ação focalizada e pontual que não gera transformações estruturais na política de saúde;

- A judicialização da saúde caracterizada pela falta e/ou insuficiência dos direitos ao SUS é uma consequência direta da ofensiva neoliberal que subjuga os gastos sociais em detrimento da política econômica e traz consequências diretas para as políticas sociais como a política de saúde.

Assim, o objetivo geral da pesquisa foi analisar, sob a perspectiva dos assistentes sociais, a estratégia da judicialização da saúde para a reivindicação de direitos no âmbito da rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE. Acerca dos objetivos específicos, nos propusemos a: analisar quais os fatores que têm contribuído para a judicialização da saúde; identificar quais as demandas mais recorrentes referentes à judicialização da saúde no cotidiano profissional do assistente social; e analisar o impacto do processo de judicialização da saúde na prática profissional do assistente social.

O marco temporal da pesquisa compreendeu o período de 2015 a 2017 e se deu ao fato de que, segundo números provenientes de uma Auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU), entre os anos de 2008 a 2015, os gastos do Ministério da Saúde para cumprir decisões judiciais subiram aproximadamente 1300%, saindo de R\$ 70 milhões para cerca de R\$ 1 bilhão. Ainda de acordo com o documento, para que se possa ter mais clareza sobre os dados, o orçamento total autorizado do Ministério da Saúde para 2015 foi de R\$ 121 bilhões¹. Em face desse panorama nacional, verificaremos nas discussões acerca do tema proposto, se essa é uma tendência que continua ocorrendo, e se o município de Aracaju-SE se assemelha ao cenário nacional. Ademais, o marco temporal também se situou em face dos dados analisados juntos ao Núcleo de Litígios da Saúde da DPE/SE, que constam dos anos de 2015 a 2017.

A questão do método foi fundamental para definir a abordagem teórico-metodológica na concretização do projeto de pesquisa. Assim, para a apreensão do objeto de pesquisa em sua dinamicidade, foi utilizada uma abordagem baseada na perspectiva do materialismo histórico dialético, que analisa o objeto em sua contextualidade sócio-histórica. O método marxista busca

¹ Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-dasaude.htm>.

compreender o objeto na sua totalidade, ou seja, numa realidade estruturada, dialética, considerando suas relações, seus nexos relacionais. Desta forma, o referido método foi importante para a execução da pesquisa, porque através dele conseguimos captar elementos da realidade social que possibilitaram a discussão, inclusive, de ações interventivas que respondam às necessidades dos sujeitos.

Mediante essa análise, destacamos que a pesquisa foi construída seguindo algumas categorias conceituais que se tornaram centrais para o entendimento do objeto em sua totalidade, quais sejam: política de saúde, direito, judicialização, neoliberalismo, exercício profissional e controle social.

O estudo proposto tratou-se de uma pesquisa empírica, do tipo exploratória e de abordagem qualitativa. Destacamos que a escolha do viés qualitativo para a realização da pesquisa relacionou-se com a natureza do objeto que se situa no campo do “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (MINAYO, 2002, p. 21-22). A opção pela pesquisa exploratória, por sua vez, justificou-se pela necessidade de discussão de uma temática ainda pouco abordada no âmbito do Serviço Social e que necessita de aprofundamento da discussão, uma vez que interfere diretamente no exercício profissional do assistente social. No que tange à pesquisa exploratória, Gil (2008, p.27) destaca-se que estas “são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis”.

No entanto, vale ressaltar que, não obstante a ênfase no caráter qualitativo da pesquisa, a análise quantitativa dos dados também permeou o processo investigatório, entendendo que estes dados não se tornam antagônicos, mas complementares, uma vez que “quantidade e qualidade são características imanentes a todos os objetos e fenômenos e estão inter-relacionados” (GIL, 2008, p. 13)

A pesquisa teve como campo empírico hospitais que compõem a Rede Hospitalar de abrangência do Sistema Único de Saúde, que compreende o município de Aracaju-SE, no âmbito da média e alta complexidade. De acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, são seis os hospitais existentes na capital do estado, quais sejam: Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE); Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL); Associação Aracajuana de Beneficência (Hospital Santa Isabel); Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia; e Hospital São José. Além destes, Aracaju-SE conta com

o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS), que também atende aos pacientes da capital e do interior do estado.

Das instituições acima elencadas, foram escolhidas inicialmente, o Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, a Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, o Hospital São José e o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (HU/UFS), os quais foram selecionados por serem as principais referências da rede de média e alta complexidade do município, sendo, portanto, aqueles que possibilitam mais casos relacionados à judicialização da saúde. Todavia, no processo de submissão dos projetos nas referidas instituições para fins de autorização para a realização das entrevistas junto aos assistentes sociais, não foi possível a manutenção do HU/UFS na pesquisa, o que não prejudicou ou inviabilizou o projeto, visto que a amostra já estava diversificada.

Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais inseridos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE, e a amostra utilizada foi a não-probabilística de tipo intencional, que conforme aponta Marsiglia (2007, p. 9), é utilizada “quando se deseja, por exemplo, obter a opinião ou conhecer a situação de determinadas pessoas ou serviços, por sua especificidade e não representatividade do universo”.

Utilizamos o critério de saturação teórica para definição da quantidade amostral. De acordo com Glaser e Strauss (1967 *apud* FLICK, 2009, p. 121), “o critério para a avaliação sobre quando interromper a amostragem de diferentes grupos pertinentes a uma categoria é a saturação teórica da categoria. A saturação significa que não estão sendo encontrados dados adicionais por meio dos quais [...] possa desenvolver as propriedades da categoria”.

Para fins de levantamento de dados para análise do objeto de pesquisa, utilizamos três tipos de fontes: as fontes bibliográficas, as fontes documentais e as fontes orais. Para o levantamento do referencial teórico da pesquisa, foram utilizadas as fontes bibliográficas, com base na realização de leituras e fichamentos de artigos, dissertações e teses, livros, relatórios, sites, etc. As fontes documentais foram levantadas mediante a análise de dados coletados junto ao Núcleo da Saúde da Defensoria Pública do Estado de Sergipe, bem como de documentos oficiais que tratam sobre o tema, a exemplo do relatório emitido em 2017 através da Auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União acerca da judicialização da saúde no Brasil. E, por fim, as fontes orais foram constituídas por meio das entrevistas semiestruturadas com os assistentes sociais que compõem a amostra da pesquisa.

A coleta de dados foi executada através de entrevistas semiestruturadas, visto que esse tipo de instrumento possibilita maior flexibilidade no levantamento de informações, pois tanto o pesquisador quanto os sujeitos entrevistados possuem maior liberdade para a condução de questionamentos e respostas. Ao todo, foram entrevistados 17 assistentes sociais inseridos em quatro hospitais da rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE.

Acerca dos componentes éticos na pesquisa, o estudo foi norteado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde. Para tanto, os assistentes sociais que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual garantiu o sigilo dos sujeitos da pesquisa, de maneira que seus nomes não constaram na elaboração da dissertação, os quais foram identificados por meio de números.

No primeiro capítulo, enfatizamos elementos sobre a política de saúde no Brasil, desde sua emergência até a cena contemporânea. Dessa forma, entendemos como importante, inicialmente, discutirmos sobre como se deu a constituição do sistema de proteção social no Brasil, ao que chamamos de “Welfare State” à brasileira, por entender as peculiaridades da sua construção no país, e conseqüentemente, o conjunto das políticas públicas como a saúde. Em seguida, analisamos a política de saúde enquanto expressão do próprio desenvolvimento capitalista e, sua consolidação enquanto expressão das lutas sociais, que resultou na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os desafios e possibilidades para a referida política no atual cenário de regressão dos direitos sociais desencadeados pela política de ajuste neoliberal. No último item, fizemos uma breve explanação do trabalho do assistente social na saúde sob a perspectiva da garantia de direitos, tema que será retomado no terceiro capítulo.

O capítulo segundo assentou-se na discussão sobre judicialização da saúde, cuja análise concentra-se em várias perspectivas sobre o tema, evidenciando que se trata de um debate controverso. Tais abordagens não possuem o viés separatista entre elementos negativos e positivos em torno do tema, mas sim de evidenciar as várias facetas sobre o fenômeno que julgamos ser uma expressão dos impactos do neoliberalismo na política de saúde. Portanto, o referido capítulo contempla a abordagem do acesso à justiça enquanto direito, cuja democratização foi possibilitada a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88). Também discutimos conceitos essenciais sob a perspectiva dos estudos do Direito para o entendimento da judicialização da saúde, como os princípios da reserva do possível, do mínimo existencial, da teoria dos jogos e da razoabilidade. Ao final do capítulo trouxemos um panorama dos dados da judicialização da saúde no Brasil e de Sergipe, a partir dos números da Câmara de Litígios

da Saúde da Defensoria Pública do Estado, entre os anos de 2015 e 2017, bem como introduzimos alguns resultados e discussões obtidos por meio da pesquisa empírica, já inserindo as impressões dos assistentes sociais acerca da temática, dados esses que se somam a outros retomados no último capítulo.

O capítulo três foi construído por meio das análises e discussões dos dados obtidos através das entrevistas aplicadas aos assistentes sociais que constituíram a amostra da pesquisa. Nesse sentido, não somente consubstancia os elementos já discutidos nos capítulos anteriores como também insere a perspectiva dos assistentes sociais quanto ao processo de judicialização da saúde. Alguns elementos como as principais demandas apresentadas ao Serviço Social e que são judicializadas, as estratégias alternativas para a reivindicação dos direitos na saúde, o perfil dos pacientes com demandas judicializadas, os impactos desse processo no exercício profissional do assistente social, etc., foram debatidos levando-se em consideração a percepção dos sujeitos da pesquisa quanto a estes aspectos, bem como à luz do método proposto para a realização do estudo.

As impressões finais acerca do estudo foram remetidas no último item da dissertação e culminou com a apresentação e discussão dos resultados, seguida das conclusões. Vale destacar que as impressões ora levantadas, embora tenham sido projetadas por meio de elaborações teóricas construídas ao longo de toda a vivência do mestrado, levando-se em consideração as disciplinas cursadas e o estágio docência, são elementos iniciais que necessitam de novas investigações a fim de permitir aproximações cada vez mais precisas da realidade, as quais possibilitam a construção do conhecimento em torno da temática. Nesse sentido, nossa pretensão de análise não esgota as discussões em torno da judicialização da saúde, mas torna-se ponto de partida para outros objetos de estudo a ela relacionados.

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À CENA CONTEMPORÂNEA

1.1 CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL: O “WELFARE STATE À BRASILEIRA”².

No bojo das transformações capitalistas, a passagem do capitalismo concorrencial para sua fase monopolista marca um período de intensas transformações não somente no âmbito econômico, mas também do ponto de vista social, político e cultural. É importante ressaltar que no desenvolvimento do capitalismo a mudança de fases, que vai desde a acumulação primitiva até sua etapa atual, não são momentos que seguem uma trajetória linear, mas transformações em que antigas características se entrelaçam com novas, havendo uma fusão em que é possível a coexistência das velhas e atuais tendências.

Alguns aspectos marcaram a entrada do capitalismo monopolista, entre eles está o movimento de pressão “para fora” dos países desenvolvidos, ou seja, a exportação de seu capital exerce um movimento de força sobre os países em desenvolvimento, a fim de mundializar a produção capitalista e possibilitar o aumento exponencial dos lucros. Não obstante a exportação de capital dos países centrais para os países periféricos possibilitasse a entrada desses no ciclo da economia mundial, tal fato não representou um salto para os países em desenvolvimento, mas aprofundou ainda mais as relações de subordinação. Dessa forma, conforme aponta Mandel (1982), na era do capitalismo tardio, as contradições e diferenças nos padrões de desenvolvimento e subdesenvolvimento apenas se aprofundam.

No Brasil, Fernandes (1976) discute sobre as particularidades da sociedade brasileira no que se refere às transformações dos modos de produção desde a sua colonização, e destaca que o desenvolvimento do capitalismo no país seguiu um modelo associado e dependente, com a ausência de uma ruptura radical com os antigos estatutos sociais, a constituição de uma burguesia esvaziada de fundamento político-econômico, que operou uma “revolução pelo alto”, o que levou a constituição de um capitalismo de industrialização tardia e monopólio precoce, mesclando aspectos de um desenvolvimento desigual e combinado.

É nesse contexto de profundas mudanças, nos âmbitos socioeconômico e político, que nascem as condições necessárias para o surgimento da política social. A respeito disso, Netto

² O termo “Welfare State à brasileira” é utilizado pelos autores Winckler e Neto (1992) para se referir à especificidade do caso brasileiro na constituição do Estado de Bem-Estar Social no país.

(1992) aponta que ao assumir um novo perfil econômico, o capitalismo monopolista leva ao ápice a contradição elementar desse modo de produção, a relação entre a socialização da produção e a apropriação privada. E, para legitimar-se é necessário “a refuncionalização e o redimensionamento da instância por excelência do poder extra-econômico, o Estado” (NETTO, 1992, p. 20). Enquanto espaço de legitimação da ordem burguesa, o redimensionamento do Estado perpassa a necessidade de atender, em certa medida, as demandas econômico-sociais e políticas da classe trabalhadora, mas não como uma tendência natural, visto que o objetivo dessas ações é potencializar a geração de lucros. É nesse contexto que a “questão social” entra em cena como “objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado” (NETTO, 1992, p. 25). Behring e Boschetti (2007, p. 51) corroboram com esse entendimento destacando que:

[...] as políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

Percebe-se, como entendimento majoritário na literatura, que o surgimento da política social relaciona-se aos movimentos de luta da classe trabalhadora em fins do século XIX. Contudo, é somente na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista que se demarca o período de sua generalização. Mundialmente, esse período é figurado pelo pós II Guerra Mundial, cujo contexto do padrão keynesiano-fordista possibilitaram as bases para o chamado Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social. Verifica-se, neste momento, o declínio do ideário liberal que defendia a “mão invisível do mercado” na regulação das relações sociais, havendo a necessidade de um reordenamento político e econômico do Estado a fim de possibilitar o que se apresentava como novas exigências para a expansão e consolidação capitalista.

O termo Welfare State, embora tenha se originado na Inglaterra, não pode ser considerado homogêneo na definição dos sistemas de proteção sociais dos diversos países, e por este motivo, assume algumas nomenclaturas; conforme destacam Behring e Boschetti (2007, p. 97), “é o caso do termo *Etat-Providence* (Estado-providência) que tem origem no Estado social na França e o designa, enquanto na Alemanha o termo utilizado é *Sozialstaat*, cuja tradução literal é Estado Social”. Para além das distinções de termos, não podemos perder de vista as próprias peculiaridades relacionadas aos contextos sociais, econômicos e políticos de cada país, pois, embora em certa medida, a experiência welferiana tenha sido similar,

especialmente nos países europeus, houve características próprias de cada modelo de proteção social.

Behring e Boschetti (2007) fazem menção aos principais tipos de Welfare State com base na análise de Esping-Andersen (1991). Para o autor, existem três tipos de Welfare com base nas distinções de cada país. O primeiro é o liberal, presente, principalmente nos EUA, Canadá e Austrália, cujas características principais estão as políticas focalizadas de assistência aos comprovadamente pobres, reformas sociais limitadas relacionadas à lógica do trabalho e do mercado, e pouco foco nas transferências universais. O segundo, classificado enquanto conservador corporativista, teve predomínio na Áustria, França, Alemanha e Itália, com forte tendência ao modelo bismarckiano. Neste modelo, o acesso ao direito possui forte ênfase na estratificação social, e o Estado é chamado a intervir somente quando se esgota a capacidade de manutenção dos meios pela própria família. O terceiro modelo, o social-democrata, é aquele que mais se aproxima a um padrão de políticas sociais universais e desmercadorizadas, cujos benefícios possibilitam maior igualdade e acesso aos mínimos sociais.

A crise de 1970 faz com que entre em esgotamento o paradigma keynesiano, que dava sustentação ao padrão de proteção social welfariano, e nos países capitalistas centrais entra em cena o neoliberalismo como um processo de reordenamento político e econômico que repercute diretamente sobre as políticas sociais.

De acordo com Draibe (1993), e autores como Winckler e Neto (1992), cuja referência ao “Welfare State à brasileira” fizemos menção nesse tópico, o Brasil também vivenciou o modelo de proteção social de herança welfariana, embora com as particularidades intrinsecamente relacionadas ao processo de constituição do capitalismo no país. A autora destaca que este argumento relaciona-se ao próprio entendimento do que seria o Estado de Bem-Estar Social, pois “é possível apreender o Estado Protetor menos como a concretização de programas social-democratas do pós-guerra, antes como elemento estrutural importante das economias capitalistas contemporâneas, uma determinada forma de articulação entre o Estado e o mercado, o Estado e a Sociedade”.

No Brasil, a consolidação e generalização das políticas sociais, também se configuram no estágio monopolista do capitalismo, levando em consideração a inserção tardia do país na cena do capitalismo internacional. Fernandes (1976) discute sobre as particularidades da sociedade brasileira no que se refere às transformações dos modos de produção desde a sua colonização, e destaca que o desenvolvimento do capitalismo no país seguiu um modelo associado e dependente, com a ausência de uma ruptura radical com os antigos estatutos sociais, a constituição de uma burguesia esvaziada de fundamento político-econômico, que operou uma

“revolução pelo alto”, o que levou a constituição de um capitalismo de industrialização tardia e monopólio precoce, mesclando aspectos de um desenvolvimento desigual e combinado.

Desta forma, a constituição do sistema de proteção social brasileiro³ inicia-se na década de 1930, embora a “questão social” já estivesse presente no país e também fosse alvo de intervenção por parte do Estado na fase anterior ao capitalismo monopolista; é somente nesse momento que a mesma recebe um novo tipo de “tratamento” com a emergência da política social. Anteriormente a essa década, a assistência social e as outras políticas eram desenvolvidas por setores privados da sociedade, com grande participação da Igreja Católica, porém tais ações eram de cunho filantrópico e possuíam forte viés caritativo (COUTO *et al.*, 2012).

De acordo com Netto (1992, p. 27), “a funcionalidade essencial da política social do Estado burguês no capitalismo monopolista se expressa nos processos referentes à preservação e ao controle da força de trabalho”, e é dentro da lógica do trabalho que as primeiras ações que caminham para a configuração da proteção social brasileira são delineadas a partir da instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP’s) em 1923. Estas primeiras ações estavam regidas pela lógica do seguro social e se estendia somente aos trabalhadores urbanos de carteira assinada (COUTO *et al.*, 2012).

Com base na periodização e configuração do sistema de proteção social brasileiro discutido por Draibe (1993), faremos uma breve síntese da constituição das políticas sociais no Brasil, desde os anos de 1930 até a década de 1990. A autora define três principais momentos, cujas mudanças se dão, antes de tudo, no plano político e na forma de Estado vivenciada pelo país.

O primeiro momento refere-se ao período de 1930 a 1964, denominado enquanto “Introdução e Expansão Fragmentada”. O período entendido como introdução é marcado principalmente pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP’s) e, a legislação trabalhista, além de ser um momento fértil de modificações nas políticas de saúde e educação. Na expansão fragmentada, já a partir de 1945, observa-se um movimento de inovação legal-institucional com ampliação do sistema de proteção social brasileira, porém com um padrão seletivo, fragmentário e heterogêneo.

³ Para Couto *et al.* (2012, p. 43), os sistemas de proteção social correspondem a “ações, institucionalizadas ou não, que visam proteger o todo, ou parte da sociedade, dos riscos naturais e/ou sociais decorrentes da vida em comunidade. Como mecanismos públicos, [...] visam, também, regular as relações e as condições necessárias para o desenvolvimento da sociedade do trabalho.

O segundo período, de 1964 a 1985, é reconhecido como “Consolidação Institucional e Reestruturação Conservadora”. Nesse momento, o país vivencia um momento de ditadura militar, e a consolidação das políticas sociais representavam uma forma de legitimação; portanto,

[...] é nesse momento em que efetivamente se organizam os sistemas nacionais públicos ou estatalmente regulados na área de bens e serviços básicos (educação, saúde, assistência social, previdência e habitação) superando a forma fragmentada e socialmente seletiva anterior, abrindo espaço para certas tendências universalizantes, mas principalmente para a implementação de políticas de massa, de relativamente ampla cobertura (DRAIBE, 1993, p. 20).

Por outro lado, somam-se a estes, outros aspectos que estão relacionados ao processo ditatorial vivenciado no país. Nesse sentido, também são características desse período a extrema centralização política e financeira das ações sociais do governo no nível federal; forte fragmentação institucional com burocratização excessiva e ausência de mecanismos públicos de controle; exclusão da participação social e política da população nos processos decisórios; privatização dos serviços sociais, com diminuição da participação do Estado, especialmente, nas políticas de saúde e educação; e forte tendência clientelista no funcionamento da máquina estatal (DRAIBE, 1993).

O terceiro marco dessa periodização diz respeito aos anos de 1985 a 1988, definida enquanto “Reestruturação Progressista”. Verifica-se, que nesse momento, as transformações políticas, econômicas e sociais influenciam diretamente os traços da proteção social brasileira que se estrutura nesse contexto. Assiste-se à reabertura política, pondo fim ao regime militar e a instituição da Constituição Federal de 1988. Para a autora, três principais mudanças ocorrem nesse período. A primeira, no plano político institucional, com foco privilegiado na descentralização político-administrativa, cuja ênfase se dá na municipalização das políticas sociais, possibilitando a democratização das decisões e demandas locais. A segunda opera-se no nível social, com aumento do grau de participação popular nos diferentes níveis de decisão, elaboração e implementação das políticas sociais com a estratégia dos conselhos de direitos. E a terceira mudança ocorre na relação entre Estado, setor privado lucrativo e setor privado não lucrativo, de onde se observa uma “divisão” na produção e distribuição de bens e serviços sociais, com forte recorrência às práticas de voluntariado e ajuda mútua, ONG’s, associações voluntárias, etc. Couto *et al.* (2012, p. 47) denomina esse processo como um “‘novo’ modelo de gestão híbrida da seguridade social, ou seja, de (des)proteção social, no qual se articulam

primeiro, segundo e terceiro setores, está a retomada de velhos conceitos e práticas na área das políticas sociais”.

Por outro lado, a Constituição Federal de 1988 possibilitou a inserção da seguridade social no campo dos direitos, com grandes avanços nas políticas de assistência social, previdência e saúde. É nesse contexto que temos reconhecido a política de saúde como direito universal de todos os cidadãos e dever do Estado. Tal qual seguimos uma periodização na construção das políticas sociais, traremos a seguir uma análise da política de saúde desde a regulamentação do SUS, pela Lei 8.080/90, até o governo Lula, embora entendemos que estas análises não são lineares, pois seguem o movimento contraditório da própria realidade social.

1.2 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.2.1 Desenvolvimento capitalista e a questão da saúde

Conforme já destacado anteriormente, as políticas sociais são expressões do próprio desenvolvimento do sistema de produção capitalista, quando ao Estado obriga-se a necessidade de intervenção na questão social em face das lutas sociais. A política de saúde, também como desenrolar desse processo, torna-se um problema não somente individualizado de doença, mas como problema coletivo. Nesse item, levantaremos alguns pontos principais relacionados à saúde dentro do capitalismo, especialmente anteriores ao século XIX, pois é fundamental compreender alguns aspectos que influenciaram a formação da política de saúde no Brasil.

Para Braga e Paula (2006), a questão da saúde como foco de análise dentro da própria esfera econômica relaciona-se, fundamentalmente, ao desenvolvimento capitalista. Os autores fazem uma análise da saúde trazendo elementos que estão presentes desde as primeiras formas de organização capitalista, como a sua fase mercantilista. Contrariamente ao que se opera enquanto entendimento das ciências da saúde no século XIX, cuja expressão de conhecimento legítimo e científico estava intimamente relacionada à ênfase no entendimento do corpo humano, com forte vinculação às questões da fisiologia e da microbiologia, contrariamente, no mercantilismo, o saber médico já entendia a questão da saúde como uma consequência da interação entre corpo e ambiente, e não somente um problema do corpo.

Resumidamente, o pensamento mercantilista concebe que:

1. A saúde é, de certa forma, encarada como uma questão sócio-econômica que extravasa os limites da prática médica.

2. Em consequências, as recomendações são no sentido de se encarar a saúde como problema de administração pública; uma questão, diríamos hoje, de política econômica.

3. A intervenção proposta, contudo, encontra obstáculos nos padrões ainda incipientes do saber e da prática médica na época, e no baixo nível de organização administrativa do Estado (BRAGA; PAULA, 2006, p. 7).

Vale ressaltar que, embora com uma concepção mais restrita, a perspectiva de análise da saúde nessa fase inicial do capitalismo, assemelha-se, ainda que com muitas lacunas, ao modelo de saúde analisado sob a perspectiva dos determinantes sociais, cujo entendimento perpassa as condições econômicas, sociais, culturais, psicológicos e comportamentais que possibilitam e influenciam o processo de adoecimento. E mesmo a perspectiva de saúde ampliada pela ótica dos determinantes sociais possui vários aspectos limitantes, como destaca Souza, Silva e Silva (2013) ao enfatizarem que muitas das abordagens teóricas sobre o tema, concebem a problemática social como fragmentada e autônoma em relação à totalidade social; portanto tratam-nas como uma visão imediatista. Estes autores levantam a intrínseca relação existente entre o processo de saúde-doença e a questão social⁴, destacando que os

[...] problemas sociais rebatem sobre a saúde, como demonstrado nos estudos sobre os DSS. Mas, é preciso dizer que não são problemas desconexos entre si nem fragmentos da realidade que ganham autonomia. Pelo contrário, constituem uma questão una, com sua base objetiva imbricada no processo de trabalho tal qual ele é desenvolvido no capitalismo. De fato, vemos que tais mazelas sociais emergem dessa base material. Portanto, temos, no processo de acumulação capitalista, a determinação essencial para a problemática da saúde (SOUZA, SILVA E SILVA, 2013, p. 55).

Nessa perspectiva, o que se pretende destacar é que o capitalismo imprime seu *modus operandi* na sociedade, mas este não se manifesta apenas como expressão econômica, pelo contrário, regula as relações sociais como um todo; expressa-se nos âmbitos social, político, cultural, e por conseguinte, também nas consequências que decorrem desse processo, como a questão da saúde.

Braga e Paula (2006) corroboram com esse entendimento referindo que, com o ascendente processo de Revolução Industrial no mundo, as condições de saúde da população acabam seguindo o ritmo do próprio desenvolvimento capitalista. No início do século XIX, na

⁴ De acordo com Iamamoto e Carvalho (2001, p. 16-17), “a questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos”.

Inglaterra, por exemplo, que foi um dos celeiros do capitalismo, as condições de trabalho estavam diretamente ligadas ao elevado índice de mortalidade desse período. Relaciona-se a esse processo quatro aspectos fundamentais: os baixos salários dos trabalhadores, cujo valor não possibilitava um bom estado nutricional; as péssimas condições de trabalho nas fábricas, com jornadas de trabalho de 12 horas ou mais; as condições de moradia, higiene e saneamento das cidades industriais inglesas; e o desconhecimento médico sobre causas e remédios para doenças.

Salienta-se que a ideia de saúde instituída, nesse momento, atua em três principais níveis, uma vez que a atenção médica atuava de acordo com os estratos sociais. Assim, desenvolvia-se uma

[...] assistência médica aos pobres, controle da saúde da força de trabalho e esquadrinhamento geral da saúde pública, permitindo à classe dominante se proteger dos perigos gerais. [Operava-se] a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias etc., e uma medicina privada que beneficiada quem tinha meios de pagá-la (BRAGA; PAULA, 2006, p. 11).

Embora o Brasil tenha experienciado o modo de produção capitalista em decorrência de algumas particularidades próprias do contexto social, econômico e político do país, esse modelo de saúde destacado anteriormente também foi importado pelo país em suas primeiras ações de saúde. Com o processo de construção da industrialização no Brasil, em finais do século XIX, impulsionou-se o crescimento das cidades advindas do êxodo rural ascendente. Consequentemente, estas mudanças não foram acompanhadas por um processo de urbanização e inserção de políticas sociais públicas de responsabilidade do Estado. Neste período, inclusive, o Estado não absorvia responsabilidades sociais; ao contrário disso, seu papel acabava estando mais restrito à relação capital *versus* trabalho, de forma a assegurar a produção e os ganhos do capitalismo industrial.

A formação das cidades e a oferta dos serviços públicos, organizados de forma aleatória e sem planejamento, trouxeram como resultado o agravamento da questão social e tomou como resultado, entre outros agravos, as condições de vida e saúde da maioria da população. A realidade deste cenário pode ser descrita pela desagregação e vitimização de milhares de famílias pelas condições de trabalho e sobrevivência. Condições mínimas de higienização provocaram a proliferação de várias doenças e o surgimento de outras até então desconhecidas. Pessoas abrigadas em palafitas e favelas construídas aos arredores de fábricas, em ruas sem

esgotos e saneamento básico, eram levadas a conviver com dejetos, lixos, entre outros e, as endemias e epidemias passaram a ser constantes entre a população. Dentro das fábricas, as condições de trabalho não eram diferentes, pois não havia por parte dos grandes industriários a preocupação com medidas de proteção social para garantir melhores condições de trabalho e sobrevivência nem garantia de permanência do trabalhador, caso ocorresse algum acidente.

Observa-se que o agravamento destas condições somadas a outros aspectos, como a falta de qualificação profissional para a indústria, descrédito no poder público, bem como a falta de uma legislação que assegurasse a saúde dos trabalhadores vitimados por acidentes dentro das fábricas ou fora delas, vão dar significado às lutas e movimentos sociais daí surgidos para mudar esta realidade.

Em razão desse cenário, foram sendo construídas as primeiras práticas de atenção à saúde no país, que recebe maior atenção do Estado em meados da década de 1930. Bravo (2009) destaca que, no Brasil, a intervenção estatal na assistência à saúde só irá acontecer efetivamente a partir do século XX. Anteriormente a este período, a assistência médica voltava-se à prática filantrópica, no século XVIII, por meio das Casas de Misericórdias e dos Leprosários; e em campanhas focalizadas e de vigilância do exercício profissional, no século XIX, que apesar de restritas a determinados estratos sociais, já representavam um campo da saúde pública.

Em 1903, conduzida sob a figura do médico Oswaldo Cruz, inicia-se um movimento de combate à febre amarela no estado de São Paulo, especialmente em decorrência de seu contágio por meio das condições sanitárias e dos portos e aglomerados urbanos. Posteriormente a esse movimento, é promulgada a lei de vacinação obrigatória contra a varíola no ano de 1904. Todavia, tais campanhas eram de cunho policialiesco e higienista, visto que eram empregadas ações de imposição e violência para sua aplicação junto à população.

A década de 1920 marca a crise política da República Velha e a ascensão do capitalismo no Brasil, com o desenvolvimento industrial. Somado a este aspecto, a aceleração da urbanização faz com que o Estado delineie suas primeiras ações, as quais corroboram para a constituição da política de saúde no país. Destaca-se, em 1923, a aprovação da Lei Elói Chaves, vinculada às estratégias de saúde do trabalhador e, cuja principal expressão é a criação da Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Verifica-se nesse momento, que a política de saúde surge intimamente vinculada à previdência social, tendo como caráter principal os mecanismos relacionados à manutenção da força de trabalho. Posteriormente à Lei Elói Chaves, em 1926, as CAPs são complementadas pelo Decreto 5.109, que passa a ser uma extensão do regime aos portuários e marítimos, além de ampliar a abrangência de novos serviços e benefícios com relação à assistência médico-hospitalar (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Não é consensual na literatura o marco temporal que delimita as ações em torno da questão previdenciária no país, posto que alguns autores defendem que somente no pós-30, ou seja, a partir do governo varguista, é que efetivamente houve a sistematização de ações em torno dessa questão. Contudo, esse entendimento diminui e desqualifica a importância que a criação das CAPs teve como base de sustentação para o início da política previdenciária e, conseqüentemente, da política de saúde. Assim, a década de 1920 é marcada por uma mudança significativa na postura com que o Estado lidava com a questão trabalhista e social, que até então, era estritamente sob a ótica liberal.

As CAPSs tinham financiamento advindo de três setores, as empresas empregadoras, a União e os empregados e, seu alcance era restrito e específico por empresa. Os primeiros grupos de trabalhadores ligados às CAPs foram os ferroviários, pois constituíam as categorias de trabalhadores mais organizadas politicamente. Entre os principais benefícios proporcionados àqueles trabalhadores vinculados às caixas estavam a “assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral” (BRAVO, 2009, p. 90).

Em 1933, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que, gradualmente, formaram o esqueleto da Previdência Social. O adoecimento da classe trabalhadora atingia diretamente a produção capitalista; logo, fazia-se necessária uma “atenção” à saúde destes trabalhadores, com vistas à própria manutenção burguesa. Sobre a funcionalidade das CAPs e dos IAPs, neste contexto social, Matos (2009, p. 43) identifica que

As quatro décadas, desde a implantação da primeira CAP até os IAP's, são marcadas por diferentes conjunturas políticas, que, naturalmente, vão marcar as políticas sociais em construção. Tomando como referência a assistência médica, podemos afirmar que no período até 1930 esta é entendida como função precípua do sistema previdenciário emergente. Não por acaso, na legislação, é a primeira atribuição das CAP's, com a criação de serviços próprios.

É fundamental destacar que, conforme já referido anteriormente, as políticas sociais surgem com um caráter especificamente funcional ao capitalismo, a manutenção da força de trabalho, e no Brasil, esse caráter irá delinear as primeiras ações que constituirão o sistema de proteção social do país. O surgimento da política de saúde, por exemplo, está intimamente relacionado à previdência social tendo como principal marca o modelo de Seguro Social, cuja cobertura se estende apenas àqueles inseridos no mercado formal de trabalho.

A partir de 1930 pode-se considerar a emergência de uma política nacional de saúde, já que muitas ações desenvolvidas em torno da construção de um sistema de saúde no Brasil, ainda que operadas de maneira pontual, foram fundamentais para o que se constituiria posteriormente enquanto política de saúde. Embora as CAPs e os IAPs fossem restritos a algumas categorias profissionais em determinados momentos, essas primeiras organizações possibilitaram os primeiros tensionamentos frente ao Estado para uma problemática que era urgente e crescia cada dia mais diante do desenvolvimento industrial no país, que era a questão da saúde.

Em uma contextualização histórica da política de saúde no Brasil levantada por Bravo (2009), a autora destaca a trajetória da política de saúde em três momentos. O primeiro vai de 1930 a 1964, cuja característica é a ascensão de dois modelos de saúde: o que se relaciona à saúde pública, com ênfase em ações focalizadas como campanhas sanitárias e serviços de combate a endemias; e o outro, à medicina previdenciária, cujos interesses estavam vinculados à medicina de natureza privada.

Econômica e politicamente, o país passa pela intensificação do processo de industrialização, acompanhando as novas necessidades do capital industrial. Tais transformações operam mudanças também no cenário social, visto que as necessidades advindas do desenvolvimento capitalista requerem do Estado uma nova atenção para os problemas sociais.

Bravo (2009) ratifica a consolidação da política de saúde no Brasil, no período de 1945-1950, cujas bases se esboçavam desde os anos 30, com ênfase na criação de um importante órgão, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sendo que sua implantação esteve conveniado à órgãos do governo americano, além do patrocínio da Fundação Rockefeller⁵. Vale destacar que essa vinculação com entidades estrangeiras acompanha a própria dinâmica econômica brasileira, que, nesse momento, vivenciava a abertura ao capital estrangeiro.

Iniciando-se a década de 1960, sob o crivo da Ditadura Militar, verifica-se que a política de saúde adota um modelo por meio do qual o setor privado é beneficiado, em decorrência do aprofundamento das condições políticas, econômicas e sociais do período ditatorial. No que se refere à atenção à saúde, percebe-se que é altamente hospitalizada nesse período e evidencia uma modificação e complexificação no seu trato. Assim, uma consequência desse processo é o aumento significativo com os custos relativos à assistência à saúde pública, de modo a

⁵ A Fundação Rockefeller foi criada nos Estados Unidos em 1913 com a proposição de ações voltados ao ensino, à pesquisa e à saúde pública, especialmente nos países subdesenvolvidos. É caracterizada enquanto uma associação beneficente e de cunho filantrópico, cuja atuação no Brasil esteve vinculada à consolidação de programas de saúde pública, com ênfase ao saneamento e combate de endemias.

privilegiar os setores privados ou o que se concebia enquanto modelo alternativo, a medicina previdenciária.

Como marca desse período, tem-se a unificação dos IAPs em 1966, sob a nova denominação de Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nas palavras de Bravo (2009), a estratégia de implantação do INPS relacionava-se a um processo de modernização da máquina estatal, cujo objetivo era aumentar seu controle sobre a sociedade, bem como desmobilizar as forças políticas que pudessem ser uma ameaça ao governo populista. Em conformidade com os argumentos da autora supracitada, Oliveira e Teixeira (1989, p. 201) também identificam duas características advindas desse cenário: “o crescente papel do Estado como regulador da sociedade, e o alijamento dos trabalhadores no jogo político.

Nessa direção, a partir da abertura econômica ao capital estrangeiro, desencadeada pela Ditadura Militar, há um aumento nos contratos de prestação de serviços para a saúde junto ao setor privado, bem como a modalidade de convênios, a qual favoreceu o modelo que privilegia a medicina previdenciária, em detrimento das estratégias de saúde pública. Assim,

A criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, pelo governo militar, unificando todas as instituições previdenciárias setoriais, significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência à contratação de produtores privados de serviços de saúde, como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços. Progressivamente, foram sendo desativados e/ou sucateados os serviços hospitalares próprios da Previdência Social, ao mesmo tempo que era ampliado o número de serviços privados credenciados e/ou conveniados (CARVALHO E BARBOSA, 2010, p. 17).

Posteriormente ao INPS, tem-se a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, cuja proposta era melhorar os níveis de saúde da população. Conforme aponta Tavares (2009), a criação do SNS traria como proposta a criação de duas redes, autônomas e complementares: a rede de assistência médico-sanitária (sob gestão do setor público) e a rede de assistência médico-hospitalar (com gestão dos setores público e privado); e tinha como objetivo substituir o padrão de assistência baseado somente na medicina previdenciária e curativa, direcionada para os grandes centros urbanos.

Por outro lado, o que se observa entre os anos de 1968 a 1974/75, das principais orientações da política de saúde são

[...] a generalização da demanda por consultas médicas; o elogio da medicina como sinônimo de cura; a construção e reforma de inúmeras unidades de saúde privadas; o aumento do número de faculdades particulares de medicina em

todo o país; o aumento de recursos para convênios do INPS com o setor privado, em detrimento do investimento no serviço público (LUZ, 1991, p. 82 *apud* MATOS, 2009, p. 46).

Por fim, destacamos o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado em 1977, pela Lei 6.439. A criação do INAMPS estava na balança entre a ampliação da cobertura dos serviços de saúde e a problemática quanto à redução para os custos da atenção médica privatista. Em contrapartida, foi uma estratégia modernizante para articular não somente as ações de saúde entre si, mas o conjunto das políticas de proteção social (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Esse processo é reflexo do próprio movimento de reabertura política do país, já vivenciada no governo do então General Ernesto Geisel. Conforme aponta Matos (2009, p. 46-47), o final da década de 1970 “é marcado pela necessidade da força presente no aparelho estatal para buscar canais de mediação que legitimassem a dominação burguesa frente à crise, sendo a marca para isso, a distensão política”.

No caso da política de saúde, aspectos como a tensão entre a demanda existente e a ampliação dos serviços; a existência de interesses distintos entre setores do Estado e do empresariado; e o surgimento de um movimento social que questionava o modelo de saúde vigente marcam esse período e possibilitam a construção de um movimento de ampla organização política e social, para reivindicação de um novo modelo de saúde (BRAVO, 1996).

A seguir, discutiremos outros dois momentos apontados por Bravo (2009), referentes à política de saúde no Brasil, com ênfase no Movimento da Reforma Sanitária e a institucionalização do Sistema Único de Saúde, a partir da década de 1980; e a saúde na cena contemporânea evidenciada pelos rebatimentos do neoliberalismo.

1.2.2 O direito à saúde como expressão de lutas sociais: institucionalização do Sistema Único de Saúde

A trajetória que vai de 1930 à 1960 demarca um cenário da saúde no Brasil, que embora possua características antagônicas, irão possibilitar a emergência de um novo modelo de saúde público e universal. Como primeira expressão desse processo, destacamos o Movimento da Reforma Sanitária, cujas primeiras manifestações se dão ainda nos anos de 1970, mas que se aprofunda e se consolida na década de 1980.

Nesse período, o Brasil vivenciava o processo de redemocratização política, tendo como reflexo a ampla participação de novos sujeitos sociais na cena política, o que possibilitou uma

maior reflexão a respeito das condições de vida e saúde da população do país. Para Tavares (2009, p. 38) “a estruturação desse movimento no Brasil, que ocorreu também em diversos outros campos e movimentos, foi caracterizada pela construção do pensamento crítico social da saúde, com a incorporação das teorias sociais e da teoria marxista, do materialismo dialético, e a configuração da tese sobre a determinação social da doença”

Vale destacar que a efervescência política e social vivenciada no Brasil na década de 1980, refletia direta e necessariamente no conjunto das políticas sociais, pois estas tinham centralidade na pauta das reivindicações. Santos (2013) refere a relação entre democracia e saúde existente nesse momento e destaca a ampla participação dos movimentos sociais, entidades e movimentos populares, a exemplo do movimento da anistia, do movimento estudantil, dos trabalhadores rurais, do sindicalismo operário e das Comunidades Eclesiais de Base. Além disso, as exigências em torno da saúde eram de natureza diversificada, desde a luta por saneamento, água e postos de saúde, até o fortalecimento do setor público, com efetiva promoção da saúde que influenciavam diretamente sobre as condições de vida da população. Para a autora,

Esse cenário de luta e os demais acontecimentos obrigaram o Estado a propor mudanças na política de saúde brasileira como forma de enquadrar a questão social e canalizar as pressões populares. Modificações estas que não deixaram de privilegiar o setor privado e os interesses empresariais. No entanto, foram necessárias que algumas medidas, principalmente de caráter administrativo, fossem regulamentadas nesse período (SANTOS, 2013, p. 235).

Mundialmente, em 1978, é realizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, conduzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A partir do encontro é elaborada a Declaração de Alma-Ata que possui dez diretrizes orientadoras no campo da saúde para os governos de todo o mundo. Os pontos levantados na declaração contemplam o entendimento da saúde não somente como ausência de doença, mas a relaciona com os aspectos físico, mental e social. Além disso, a Declaração aponta a extensa lacuna existente entre as condições de saúde dos países subdesenvolvidos com relação aos países desenvolvidos, e propõe a meta da “Saúde para Todos no Ano 2000”, cuja proposta define que “uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 1).

Esse panorama repercute na proposta de saúde que vinha se construindo no Brasil. Em 1980 ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde que teve como tema a “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”. Verifica-se que neste momento já se discutia a necessidade de implantação de um programa que contemplasse o acesso à saúde por meio de ações básicas, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE); bem como já era discutido o princípio da universalidade, uma vez que os serviços propostos deveriam contemplar populações distintas. Conforme aponta os Anais da referida Conferência, o PREV-SAÚDE “terá como objetivo a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira, o mais rapidamente possível, implicando em implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal, com prioridade para as populações rurais, de pequenos centros e de periferias das grandes cidades” (BRASIL, 1980, p. 23).

Esse cenário abriu caminhos para a constituição da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um marco fundamental na concretização da política de saúde no país, uma vez que foi uma experiência imprescindível para a institucionalização do SUS. Estavam presentes no evento vários sujeitos sociais, dentre eles profissionais do setor e a própria sociedade organizada, o que possibilitou a pluralidade no debate em torno do tema. Na centralidade das discussões estava o tema “construindo uma análise sobre a saúde para além da doença”, sob a qual se propunha não somente a implantação de um Sistema Único de Saúde, mas a defesa de uma concepção ampliada do conceito de saúde, ancorada nos princípios da Reforma Sanitária.

Para Netto (1990) o contexto social, político e econômico pelo qual passava o Brasil nesse momento, cujas transformações estavam diretamente relacionadas ao contexto internacional, fez com que surgissem no país dois projetos societários distintos e fundamentalmente opostos. O primeiro vinculava-se à uma democracia restrita e tinha como características a diminuição dos direitos sociais e políticos. O segundo, relacionava-se a ampliação da democracia com substantiva participação da sociedade, por meio de partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais, etc. A este último projeto se aliava o Movimento da Reforma Sanitária, que conforme aponta Bravo (2009, p. 2-3)

Tem como preocupação central assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde [...]. Sua premissa básica consiste na Saúde como direito de todos e dever do Estado. O projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os conselhos e conferências.

Apesar do contexto de pressões antagônicas em torno de um projeto de saúde para o Brasil, as pressões e discussões advindas da VIII Conferência resultaram na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, por meio do Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987, que representou o primeiro esboço do SUS.

Em 1988, é organizada a Assembleia Constituinte referente à saúde cujas discussões dividiram a plenária em dois blocos políticos que seguiam os projetos societários de interesses antagônicos, como já discutido anteriormente. Um grupo era constituído pelos defensores do Movimento da Reforma Sanitária, que tinha como denominação Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte. O outro grupo era formado por organismos privados, a Federação Brasileira de Hospitais e a Associação de Indústrias Farmacêuticas. Ambas as instituições defendiam um projeto de saúde voltado para o mercado, portanto, desqualificavam o projeto sanitarista uma vez que com a consolidação da política de saúde enquanto direito social, seus interesses seriam colocados em xeque. O jogo de forças sociais e políticas fez com que a Plenária tivesse êxito no embate, e todo esse processo é consolidado com a criação do Sistema Único de Saúde, incluso na Constituição de 1988, que prevê a saúde enquanto direito universal, gratuito e equânime (BRAVO, 2009).

Assim, percebe-se diante do contexto histórico, que as garantias ora regulamentadas pelas leis que estabelecem a saúde enquanto direito, foram fruto de forte inquietação política da sociedade. As arenas de poder que se formaram diante da política de saúde foram fundamentais para consolidar o que tratamos hoje enquanto direito universal e equânime.

Em 1990, a Lei Orgânica 8.080 define e regulamenta o SUS dispondo sobre a organização e o funcionamento dos serviços, institui objetivos, competências e atribuições, além de orientar a direção e gestão da política de saúde. Regido sobre os princípios da universalidade no acesso aos serviços, da integralidade da assistência, da autonomia dos indivíduos, da igualdade na assistência, da participação da comunidade, e da descentralização político-administrativa, entre outros, o SUS define a saúde, em seu Art. 2º Art., “enquanto “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Para Nogueira e Mioto (2009, p. 232) “inegavelmente, a maior conquista do SUS foi quanto ao direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade”.

Bravo (2009) aponta um terceiro momento em sua análise sobre a trajetória da saúde no Brasil, cuja fase situa-se no contexto neoliberal. Como característica desse período tem-se a fragmentação das políticas sociais que são tratadas sob a ótica economicista. Nota-se que há um redirecionamento no qual as garantias estabelecidas em leis consolidadas são colocadas em

questionamento diante da realidade nacional de privatização e (re) ordenamento do Estado em vista da inserção do capital internacional que enfraquece o poder público nacional. Este período será discutido no item a seguir.

1.2.3 Impactos do Neoliberalismo nas Políticas Sociais brasileiras: desafios e possibilidades para a Política de Saúde

Não obstante todos os ganhos operados no conjunto das políticas sociais advindos da “Constituição Cidadã”, a década de 1990 traz um novo contexto cujas consequências atingem sobremaneira os países capitalistas periféricos e o conjunto dos elementos políticos, econômicos, sociais e culturais destes. Do ponto de vista econômico, o Brasil atravessava uma grave crise, com aprofundamento da dívida externa que resultou em muitas consequências como o empobrecimento generalizado do país, crise nos serviços públicos, desemprego, altos níveis de inflação, diminuição da taxa de crescimento do país e etc. (BEHRING, 2003). É importante destacar que os ganhos anteriores em termos de generalização e consolidação das políticas sociais foram primordiais para inseri-las no âmbito do *status* de direito. Por outro lado, o que vem posteriormente produz efeitos que enfraquecem, sobremaneira, essa característica, que nos dias atuais corroboram para que os indivíduos busquem alternativas para a efetividade dessa prerrogativa.

Nesse contexto, a partir de uma orientação dos países capitalistas centrais, com a pressão dos organismos financeiros internacionais, que já haviam levado a cabo seu reordenamento econômico sob o escopo do neoliberalismo, o país adentra nesse processo de reestruturação produtiva, cujo marco temporal delimitador corresponde ao governo de Fernando Collor, na entrada dos anos de 1990. Conforme destaca Laurell (2002, p. 174),

No âmago do projeto neoliberal repousa a tentativa de se impor um novo padrão de acumulação, [com o intuito de desencadear] uma nova etapa de expansão capitalista que, dentre outras coisas, implicaria um novo ciclo de concentração de capital nas mãos do grande capital internacional. [...]. Neste contexto, torna-se primordial destruir as instituições de bem-estar social, por constituírem uma das bases da ação coletiva e solidária que diminuem a força desagregadora da competição entre os indivíduos no mercado de trabalho.

Esse projeto de “reforma”⁶ do Estado brasileiro segue as transformações do capitalismo contemporâneo a nível mundial, que tem como características centrais a diminuição da taxa de crescimento no setor produtivo; a redução nos investimentos públicos, com diminuição significativa dos gastos com a proteção social, o aumento de investimentos no setor financeiro e de serviços; a migração do capital de base produtiva para o setor financeiro; e impactos no mundo do trabalho como desemprego estrutural, em decorrência da redução dos postos de trabalho e da desaceleração na criação de novos empregos, e a precarização das relações de trabalho (BEHRING, 2007). Essas características, embora tenham “iniciado” nesse momento, continua em desenvolvimento até os dias atuais. São “reformas” que integram o padrão de desenvolvimento capitalista, cujo funcionamento opera em consonância com o Estado capitalista. “Reformas” que, em nada, beneficiam as políticas sociais, ao contrário, delas se extraem recursos e investimentos quanto mais sejam possíveis.

Vale destacar que essas transformações não permaneceram restritas ao Brasil. Segundo com Laurell (2002, p. 174), o neoliberalismo avançou nos países da América Latina, levando-os a uma grave crise econômica que reverberou drasticamente, no âmbito social, com sérias consequências, como o empobrecimento generalizado da população trabalhadora e uma considerável diminuição com os gastos sociais. Ainda para a autora, a implantação da política social de cunho neoliberal é possibilitada mediante quatro principais estratégias: o corte nos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos e a descentralização neoliberal. Esta última “não tem por objetivo democratizar a ação pública, mas, principalmente, permitir a introdução de mecanismos gerenciais e incentivar os processos de privatização”.

No âmbito do SUS, a afirmação da hegemonia neoliberal levou seu efeito cascata sobre a proposta de política de saúde constituída a partir da Constituição Federal de 1988. Como destaca Bravo (2009), há uma reatualização do modelo médico assistencial privatista, com o retorno da lógica do mercado. Assim,

⁶ Enfatizamos que o uso do termo “reforma” está associado ao entendimento de Behring (2003), o qual foi apropriado de maneira indevida pelo projeto em curso no Brasil, pois possui forte teor ideológico e que denota a ideia de reformismo, mas que é “destituída de seu conteúdo progressista e submetida ao uso pragmático, como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e direção sociopolítica” (BEHRING, 2003, p. 128). Ainda de acordo com a autora, a adaptação regressiva e destrutiva do Brasil ao capitalismo mundial, na verdade, trata-se de um processo de contra-reforma, em comparação aos projetos reformistas associados ao Welfare State, que significou claramente um movimento de reforma do Estado, embora delineada dentro do modo de produção capitalista.

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através de pacotes básicos para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação da fonte com relação ao financiamento (COSTA, 1997 *apud* BRAVO, 2009, p. 101).

A despeito de todo processo de luta pelos direitos sociais na década de 1980, a política de corte neoliberal enfatiza o desmonte das políticas sociais e, por conseguinte, incide no aprofundamento da questão social, de forma que “atualmente, a questão social passa a ser (novamente) objeto de um violento processo de criminalização que atinge as classes subalternas” (IANNI, 1992; GUIMARÃES, 1979 *apud* IAMAMOTO, 2001, p. 17).

Desta forma, sob o comando do capital, o Estado neoliberal propõe o corte dos gastos sociais e aponta como via compensatória a participação da sociedade civil no auxílio aos mais desfavorecidos, com ações pautadas em “programas residuais [...] sem referência a direitos” (YAZBEK, 2001, p. 36). Ainda de acordo com Yazbek (2001, p.37),

[...] as propostas neoliberais, em relação ao papel do Estado quanto à questão social, são propostas reducionistas que esvaziam e descaracterizam os mecanismos institucionalizados de proteção social. São processos fundados numa visão de política social apenas para complementar o que não se conseguiu via mercado, família ou comunidade.

Para Teixeira (2013, p. 64), a contrarreforma do Estado efetiva-se, especialmente, no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), período em que há uma ruptura com os avanços sócio culturais e ideopolíticos advindos da Constituição de 1988. Acrescenta-se ainda que “esse fenômeno combinou-se ao gradativo abandono e sucateamento da rede pública de saúde, a uma política racionalizadora fundada na seletividade da atenção, contribuindo de forma direta e indireta para a instalação da rede privada”.

Verifica-se que, no primeiro governo FHC são discutidas a inserção das Organizações Sociais (OS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), enquanto instrumentos complementares para a viabilização das políticas públicas. Ambas as ações estimulam a contratação de funcionários sem concurso público, a aquisição de bens e serviços sem licitações e a institucionalização da “parceria” que se dá entre o setor público e privado (BRAVO, 2010).

Essas parcerias têm sido cada vez mais frequentes nos dias atuais, como um novo modelo de gestão em que há um processo de “terceirização” dos serviços essenciais que são destinados para os institutos privados. No âmbito da saúde, podemos ter, por exemplo, instituições que atendem pacientes exclusivamente do SUS, mas com o “padrão” do setor privado, cujas consequências vão desde a regulação dos leitos, com ênfase na sua maior rotatividade, até o estímulo à produtividade profissional, ambos com a finalidade de maximização dos lucros.

Andreazzi (2013) aponta que, a partir dos anos 2000, três principais fenômenos apontados como fundamentais para a manutenção e fortalecimento dos investimentos privados da saúde, iniciados na década de 1990 e que teve como força propulsora, nesse momento, a consolidação dos seguros privados de saúde. O primeiro emerge da consolidação do grande capital na área da saúde, com forte vinculação a empresas de seguros de saúde em alternativa ao capital financeiro, sendo que as populações com maior renda e as empresas produtivas são as que estimulam os planos de saúde. O segundo refere-se à privatização por meio da terceirização e concessão de serviços de responsabilidade estatal para empresas privadas lucrativas e não lucrativas, como as Fundações Privadas de Direito Privado e as OS's. E o terceiro fenômeno é o gasto privado que as famílias de baixa renda têm dispensado para ter acesso à cobertura formal, tanto dos seguros privados de saúde quanto do próprio SUS. Para a autora, “embora o copagamento seja frequente nos contratos de planos privados de saúde, surgem relatos de copagamento no interior do SUS, nas localidades mais afastadas de centros metropolitanos”⁷.

Em consonância com essa contextualização, ROA (2016) faz uma análise sobre o financiamento da saúde em alguns países da América do Sul destacando a estreita relação entre seus modelos de financiamentos e os arranjos dos sistemas de saúde nos países analisados, quais sejam: Chile, Colômbia, Uruguai, Venezuela, Peru, Argentina e Brasil. Ainda na visão da autora, estes países organizam seus sistemas de saúde mesclando os sistemas públicos não contributivos, seguro social contributivo e setor privado, dos quais o Brasil destaca-se como o único a possuir um sistema de saúde público e universal. Por outro lado, embora o SUS tenha rompido com o caráter contributivo da política de saúde, uma vez que, historicamente, o acesso a essa política relacionava-se à inserção no mercado de trabalho e prévia contribuição, essa tendência tem ressurgido com a persistência de uma segmentação do sistema de saúde fortemente ligada aos mecanismos de trabalho e renda.

⁷ *Ibidem*, p. 45.

A autora supracitada também destaca como resultado desse estudo, decorrente de uma análise entre os anos de 2000 e 2013, que em todos os países latino-americanos citados o modelo de financiamento de seus sistemas de saúde é estruturado por meio do “mix público-privado”⁸. Para exemplificar esse processo, a autora argumenta que, no caso brasileiro, menos da metade do total de gasto em saúde era investimento público, o que evidencia que “particularmente, o Brasil, apesar de ter por mandato constitucional um sistema público de saúde de acesso universal, apresenta a terceira maior proporção de gasto privado entre os países em estudo” (ROA, 2016, p. 83).

Além dos dados que foram evidenciados anteriormente, um outro aspecto que deve ser levado em consideração é a visível superioridade do setor privado nos gastos com a saúde no Brasil, cuja consequência direta, conforme aponta Reis *et al.* (2016, p. 124), é o crônico subfinanciamento da saúde pública, uma vez que

[...] a maioria dos gastos com a saúde segue sendo privado. Em 2015, 26% da população possuía planos de saúde (ANS, 2016), e o setor movimentou cerca de R\$ 132 bilhões, contra R\$ 236 bilhões de gastos públicos. As despesas públicas em saúde per capita (R\$ 1,17 mil) representam menos da metade do valor gasto pelos planos de saúde (R\$ 2,5 mil) com seus usuários.

Esse entendimento é enfatizado por uma outra pesquisa realizada, em 2016, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a qual explicita que, no Brasil, o gasto com saúde pública está entre quatro a sete vezes menor do que em países desenvolvidos, como Reino Unido e França, que possuem um efetivo sistema universal de saúde. Para Mariano (2017, p. 273), também “é conveniente registrar que a União Europeia proíbe os países membros de regular o seguro privado (o PHI) quando houver o sistema nacional de saúde (SNS), com o argumento de defender o sistema estatutário, que pode ser ameaçado pela concorrência de um sistema privado”, contrariamente ao que ocorre no Brasil, cujo avalanche do setor privado tem crescido vertiginosamente nos últimos anos.

⁸ Pode-se aventar que o termo mix, ou combinação público-privado, bastante utilizado atualmente na literatura internacional e nacional sobre sistemas de saúde, parte de uma necessidade de existência de instrumentos, mais que tudo descritivos, acerca da existência de espaços privados de produção, consumo e troca e de espaços não submetidos a essa lógica, que possam estar organizados pelo Estado. Isso acontece, pois essa combinação pode existir em diferentes graus, considerando os distintos cortes analíticos dos sistemas de saúde como os direitos e obrigações, financiamento, prestação de serviços, regulação [...]. O termo mix ou combinação, quiçá, denote uma ideia de uma síntese de fenômenos diferentes, porém combinados, sem contradições entre eles, ou sem entender o caráter da contradição, [...] [é] avaliada [...] como processo de unidade e luta dinâmico e não estático (ANDREAZZI, 2013, p. 36-37).

Associa-se a esse fator o fato de que a saúde pública ainda é responsável pela prestação e manutenção de serviços de saúde considerados de alto custo, ou seja, ainda que significativa parcela da população recorra à saúde suplementar por meio dos planos privados, essa mesma parcela recorre ao SUS quando necessita de tratamentos mais complexos e caros, cujos planos de saúde, recorrentemente, negam a sua prestação. Portanto, para além do subfinanciamento da política de saúde, há a transferência de responsabilidades do mercado para o setor público, aprofundando ainda mais a complexa situação dos recursos financeiros para essa política.

Não obstante a ascensão de uma figura cuja trajetória política se alia com os interesses da classe trabalhadora, no governo Lula, há uma continuidade da política macroeconômica de ajuste neoliberal iniciada nos governos anteriores. No que se refere ao SUS, apesar de seu governo comprometer-se com o fortalecimento do projeto da reforma sanitária, o que ocorreu foi uma polarização entre os dois projetos, com a alternância de aspectos que se equilibram entre avanços e retrocessos para a política de saúde (BRAVO, 2009).

Ainda segundo a autora em questão, existem aspectos de inovação e aspectos de continuidade no governo Lula, no que se refere à política de saúde da década de 1990. Entre os aspectos de inovação, ressalta-se a escolha de profissionais comprometidos com o projeto da reforma sanitária para compor cargos no Ministérios da Saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência de Saúde, realizada em 2003, que apesar de haver uma grande expectativa em torno da mesma para que se assemelhasse a 8ª Conferência ocorrida em 1986, não logrou uma efetiva democratização da política de saúde, uma vez que não houve um efetivo debate para a votação das propostas e suas deliberações não influenciaram as diretrizes da política de saúde; e a intenção do fortalecimento da concepção de Seguridade Social, pois simultaneamente ocorreu a Conferência Nacional de Assistência Social, em Brasília, com a proposta de que algumas deliberações fossem realizadas unificadamente entre as duas políticas, porém tal tentativa foi frustrada, especialmente pela fragilidade na condução das plenárias. Com relação aos aspectos de continuidade, a autora afirma “a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social” (BRAVO, 2009, p. 104).

A gestão do Partido dos Trabalhadores (PT) nos anos subsequentes, por meio da condução presidencial do governo Dilma Rousseff, traz aspectos de continuidade do governo Lula no que tange à agenda “híbrida” entre ampliação de direitos e pactos com a agenda neoliberal. Entre as ações de Rousseff, houve a criação do Programa Mais Médicos, que ampliou a cobertura de atendimento médico da população, inclusive em regiões mais de difícil acesso, como os distritos indígenas; ampliação do Programa Farmácia Popular, que possibilitou

a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes, além do acesso à remédios mais baratos nas drogarias credenciadas; e expansão das Unidades de Pronto Atendimento. Em contrapartida às ações universalizantes, destaca-se a forte investida de cunho privatista na gestão dos Hospitais Universitários Federais por meio da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por meio da Lei 12.550/2011, que além de transferir a gerência dos HU's para o setor privado, levou à diversificação dos recursos humanos através de duas portas de entrada, trabalhadores estatutários e celetistas.

Os dias atuais seguem a tendência de aprofundamento das questões que estão na base da crise da saúde pública brasileira. Reis *et al.* (2016) discute que a partir do governo Temer foram realizadas algumas manobras que levaram a mais grave ameaça do SUS nos últimos trinta anos. Entre elas esteve a indicação do deputado federal, Ricardo Barros, para assumir o comando do Ministério da Saúde, que permaneceu no comando até março de 2018, cuja formação e influência política em nada se relaciona com a trajetória do SUS. Soma-se a este fato outros ainda mais graves, como a proposta de revisão do tamanho da Lei Orgânica da Saúde; o falacioso argumento de que a crise da saúde se dá pela má gestão dos recursos e não pelo seu subfinanciamento; bem como a justificativa de que os direitos sociais constitucionais devem ser revistos dado o reduzido orçamento público que possam atendê-los. Tais “posicionamentos [...] respaldam teses de economistas liberais – que atuam dentro e fora do governo – e de setores políticos e empresariais que apostam no desmonte do Estado Democrático de Direito, dos quais o SUS é uma das mais importantes expressões”⁹.

Uma outra estratégia espelhada no ideário neoliberal que se expressa na cena contemporânea é a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que dispõe sobre a instituição de um novo Regime Fiscal para o Brasil. A Emenda institui o congelamento de gastos do governo federal com as despesas primárias¹⁰ pelos próximos vinte anos, fixando o teto de gastos para o conjunto das políticas sociais e, conseqüentemente, o SUS, colocando em xeque a manutenção e expansão dos serviços públicos. Como defende Mariano (2017, p. 279),

O teto de gastos públicos do governo federal brasileiro, implementado pela EC 95/2016, é, portanto, uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, tendo como alvo prioritário o projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das severas desigualdades sociais e econômicas, necessária para uma economia verdadeiramente soberana.

⁹ *Ibidem*, p. 129.

¹⁰ As despesas primárias são aquelas que não levam em consideração os encargos financeiros, nem tampouco o faturamento de juros. Assim, elas correspondem aos gastos realizados pelo governo para dispor a oferta dos serviços públicos para a população, seja com pagamento de servidores ou com o conjunto das políticas públicas (saúde, educação, assistência social, etc.).

Vale destacar que o propósito primordial por trás da EC 95/2016 é a contenção da evolução da dívida pública, característica que não é recente na história do país, haja vista que desde os anos de 1994, o dispositivo da Desvinculação das Receitas da União (DRU) já cumpria esse objetivo, uma vez permitia ao governo federal utilizar livremente 20% das contribuições sociais, e, portanto, das receitas da seguridade social, para pagamento de juros da dívida.

Esse panorama deve estar associado não a uma visão particularizada de que a crise da saúde pública no Brasil justifica-se pela crise do Estado ante a ofensiva neoliberal, porém a uma crise estrutural do capitalismo, pois embora o princípio basilar do neoliberalismo ancore-se na retirada do Estado da economia, o que se observa é que, no cerne do capitalismo contemporâneo, evidencia-se não a participação mínima do Estado, mas sua peculiar “presença” na economia, com os constantes incentivos à iniciativa privada, a qual tem como expressão mais aparente desse processo a transferência do fundo público para o capital (MENDES, 2015); logo,

[...] pode-se observar o entrelaçamento dos interesses do capital e do Estado. Fica reforçada, então, a presença do Estado no fortalecimento da lógica de valorização do capital que se apropria dos recursos financeiros do SUS. Torna-se, assim, fragilizado o argumento que restringe a política neoliberal à retirada do Estado da condução das políticas públicas (MENDES, 2015, p. 68).

O atual cenário da política de saúde no Brasil não difere daquele projetado pela política de ajuste neoliberal, iniciada na década de 1990. Pelo contrário, reitera-se a tendência da mercantilização, do desfinanciamento e da precariedade dos serviços de saúde oferecidos à população. Como consequência desse processo, assistimos ao “inchaço” na cobertura dessa política frente à crescente demanda pelas necessidades de saúde e a falta e/ou insuficiência dos trabalhadores da saúde para atendimento aos usuários.

Nesse sentido, verifica-se que, apesar de todas as conquistas resultantes da luta dos sujeitos sociais na década de 1980, as políticas sociais têm sofrido graves embates diante do contexto neoliberal de redução e recrudescimento dos direitos duramente conquistados anteriormente. É nesse contexto de perdas e enfraquecimento da política de saúde que o assistente social tem atuado cotidianamente e, cujas ações visam garantir aos usuários do SUS que seus direitos sejam efetivados, ainda que seja necessária, por vezes, a utilização de outros recursos que perpassam a seara judiciária, como a judicialização da saúde. Dessa forma, buscaremos, a seguir, discutir o trabalho do assistente social no contexto de crise da saúde pública.

1.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E A PERSPECTIVA DA GARANTIA DE DIREITOS

Diante desse cenário, o qual delineou o atual quadro da política de saúde no Brasil, destacamos o trabalho do assistente social nos serviços de atendimento à população usuária do SUS, e referimos a importância desse profissional para o reconhecimento do direito à saúde. Costa (2009) evidencia que a inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho relacionados à produção de serviços na saúde pública do Brasil é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e pelo conjunto de necessidades que vão definir a requisição do profissional de Serviço Social nessa política.

Nessa direção, é a partir da implementação do SUS, na década de 1990, que ocorrem mudanças de cunho tecnológico, organizacional e político e possibilitam a exigência de novas formas de organização do trabalho, cujo contexto leva a emergência de “um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS e que também determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social” (COSTA, 2009, p. 312).

Destaca-se nesse processo a importante relação entre a profissão e o modelo de saúde consubstanciado com o Projeto da Reforma Sanitária, discutida por Bravo e Matos (2009, p. 205) enquanto uma relação que não ocorre imediata e concomitantemente, pois “o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma insipiente alteração da prática institucional; continua enquanto categoria desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária”. Mas por outro lado, o processo de amadurecimento profissional, que acompanha as transformações ocorridas desde meados da década de 1970, quando se processava o movimento de renovação no interior da profissão, sinalizado principalmente pelo rompimento com o tradicionalismo que o acompanhava desde sua emergência, impõe ao Serviço Social um novo direcionamento político, e conseqüentemente, uma modificação no atendimento às demandas postas ao assistente social.

A emergência do projeto ético político do Serviço Social é uma das principais características desse momento, que se expressa pelo combate ao conservadorismo profissional e sinaliza a construção de um novo projeto profissional articulado com a classe trabalhadora e pensado a partir do reconhecimento da liberdade como valor ético central e com a vinculação a um projeto societário que se propõe ao estabelecimento de uma nova ordem societária, ou seja, alia-se à teoria social de Marx.

Sendo assim, verifica-se que o amadurecimento profissional conjuga-se com outros movimentos da sociedade brasileira com início na década de 1980 e dão um novo direcionamento na inserção dos assistentes sociais nas políticas sociais, dentre elas a política de saúde. A direção social assumida pelo Serviço Social, a partir de então, cuja corrente filosófica hegemônica é o materialismo histórico dialético, tem como princípios centrais a luta da sociedade de classes e as profundas desigualdades advindas dela, bem como toda forma de exploração e opressão. Para isso, as práticas profissionais se amparam na luta cotidiana pela garantia e consolidação dos direitos sociais.

Nesse sentido, o próprio redimensionamento do Serviço Social e a emergência de um novo projeto profissional afirmam sua estreita relação com aqueles interesses inscritos no Movimento da Reforma Sanitária. Para Basílio e Caputi (2017, p. 58), “tanto o projeto ético-político profissional quanto o projeto da Reforma Sanitária apresentam uma potencialidade civilizatória antagônica à lógica de civilização e sociabilidade do capital. Ambos os projetos se alicerçam no nexo da justiça social, da defesa dos direitos sociais, da cidadania, do Estado democrático de direito”.

A partir da institucionalização do SUS, amplia-se a concepção de saúde, que passa a integrar não somente os fatores biológicos, mas também inclui o meio físico, social, econômico e cultural e, desse modo, as condições de saúde relacionam-se aos fatores e condições necessários para sua manutenção, como moradia, renda, alimentação, saneamento básico, etc. Como consequência desse processo, há uma modificação no modelo assistencial bem como naquilo que se compreende como as necessidades de saúde da população. Nogueira e Miotto (2009, p. 222) observam que é “rompendo com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizando para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão” que há uma convergência entre estas inovações com os documentos que dão sustentação legal à profissão, como o Código de Ética Profissional e a Lei de Regulamentação da Profissão, ambos de 1993.

Vale destacar que a inserção do assistente social na política de saúde não se particulariza pelo seu reconhecimento advindo do interior da própria profissão, porém a necessidade dessa profissão perpassa sua legitimidade social diante do conjunto das categorias inseridas na divisão sociotécnica do trabalho, fato que pode ser verificado pela instituição da Resolução Nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reconhece o assistente social como profissional da saúde. Esse acontecimento não se resume somente à conquista de espaços profissionais para o Serviço Social, mas atesta para o reconhecimento do sentido ampliado de saúde reivindicado pelo Projeto da Reforma Sanitária.

Sob outra perspectiva, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) ratifica esse processo por meio da Resolução CFESS N.º 383/99, que também caracteriza o assistente social como profissional da saúde, e para além da necessidade do assistente social na consolidação dos princípios e objetivos do SUS, o documento estabelece que esta inserção se dá pelo exercício de um outro dispositivo fundamental dentro da política de saúde e, cuja atuação profissional do assistente social torna-se primordial para sua efetivação, que é o controle social. Em conformidade com a Resolução, para a consolidação do SUS

[...] é imprescindível a efetivação do controle social e o assistente social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnicopolítica que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos conselhos de saúde e a ampliação dos direitos sociais (CFESS, 1999, p. 1-2).

Entende-se que essa nova demanda para o profissional de Serviço Social teve a ver com a democratização das práticas de saúde no âmbito do SUS, legitimadas pela Lei Complementar 8.142/90, imediatamente após a instituição da Lei 8.080/90. A Lei Complementar significou a implementação dos Conselhos e Conferências de Saúde como instâncias participativas e deliberativas da política de saúde. Nesse sentido, Duriguetto (2013, p. 347) reflete que:

A criação dos conselhos concorreu para a diversificação e o alargamento de demandas para a intervenção do assistente social, que passam geralmente a estar inscritas nas ações de implantação dos conselhos; capacitação de conselheiros, mobilização e organização popular para a formulação, gestão e avaliação de programas e serviços sociais; pesquisa e planejamento sociais, dentre outras.

Vale destacar que o controle social, mediatizado pelo exercício profissional do assistente social, alia-se à perspectiva da participação das classes subalternas, a partir de sua luta no campo da sociedade civil para que, pressionando o Estado, tenham concretude nos seus interesses. “Desta forma, o controle social, na perspectiva das classes subalternas, envolve a capacidade destas, em luta na sociedade civil, de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses, tendo em vista a construção de sua hegemonia” (CORREIA, 2009, p. 117).

Ao evidenciarmos o cenário da contrarreforma do Estado com graves rebatimentos sobre a política de saúde, e as políticas sociais de maneira geral, reconhecemos também que o trabalho do assistente social sofre os impactos mediados por esse processo, pois diante de uma conjuntura de redução do orçamento público para o âmbito da seguridade social, com

agravamento das condições de vida e saúde da população, o trabalho do profissional de Serviço Social é atravessado pela “ineficácia da cobertura dos programas [que] vem deixando de fora parcelas significativas da população” (COUTO *et al.*, 2012, p. 57). É nesse contexto que observamos a emergência cada vez maior de situações que obrigam o assistente social ao encaminhamento de demandas para a judicialização da saúde, cuja análise é o foco central deste estudo.

Os desafios para o assistente social, inserido na política de saúde, são diferenciados e relacionam-se não somente à luta para a concretização dos direitos dos usuários em um contexto de regressão das políticas sociais, mas também aos aspectos que incidem diretamente sobre o fazer profissional diante de um cotidiano em que estão presentes ações emergenciais, sem a devida reflexão, com demandas que requerem respostas imediatas, e que impossibilitam, muitas vezes, o atendimento qualificado.

Soares (2013) destaca que há uma racionalidade da contrarreforma na política de saúde que tem como características a tecnificação da saúde, por meio do investimento em novas tecnologias no sistema, inclusive na gestão com os novos modelos, por fundações ou organizações sociais; a ampliação restrita, expressa pela expansão das ações de forma fragmentada e precária; a ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial; a privatização e mercantilização da saúde pública; a precarização e superexploração do trabalho na saúde pública; e a promoção da Saúde restrita. Esses aspectos impactam diretamente no trabalho do assistente, e há uma tendência de reprodução da racionalidade hegemônica, cuja atuação profissional cai no risco de atender às demandas em sua superficialidade, com uma resolução pontual dos problemas, desenvolvendo uma posição passiva em torno do direito à saúde tanto nos profissionais quanto nos usuários.

Em face disso, verifica-se a necessidade de estímulo e fortalecimento das práticas relacionadas à gestão, assessoria, mobilização, politização, etc., que embora haviam tido menor importância na atuação profissional, são elas que “têm um escopo maior de possibilidades estratégicas na perspectiva da democratização da política e do direito à saúde, de mobilização, socialização de informações (SOARES, 2013, p. 112).

Por conseguinte, entende-se que o trabalho do assistente social é atravessado diretamente pelos elementos da contrarreforma na saúde pública, demandando desse profissional um posicionamento crítico e em conformidade com os princípios éticos e técnicos da profissão, a fim de possibilitar respostas aos usuários, as quais operam cada vez mais na imediatez do cotidiano profissional, pois são demandas cujas determinações partem de necessidades urgentes, como o são aquelas relacionadas às necessidades de saúde. E quando

nos referimos a essa imediatividade, não significa concebê-la como espaço burocrático e rotineiro, embora muitas vezes seja assim que a apreendemos, mas sim compreender diante dela quais as reais necessidades dos usuários e direcioná-las sob a perspectiva da garantia de direitos.

Ressalta-se que a vinculação entre os princípios e valores norteadores do projeto ético-político do Serviço Social e as ações que possibilitam a sua concretude diária só são possíveis quando se compreende os direitos e a cidadania decorrentes de sua inserção na sociabilidade capitalista; da interlocução política, teórica e ideológica atreladas à luta da classe trabalhadora; de combate a toda forma de exploração e opressão, seja ela econômica, de gênero, raça, religião e etc.; e da capacidade de identificar, dentro das contradições sócio-históricas, a possibilidade de defesa dos direitos dos trabalhadores (BOSCHETTI, 2017)

O encaminhamento dos usuários da saúde para as instâncias jurídicas é uma estratégia utilizada pelos assistentes sociais na busca pela concretização de direitos que não têm atingido materialidade no dia a dia da política de saúde. E embora seja uma possibilidade legítima para a defesa dos direitos dos usuários do SUS, isso aponta para a grave crise estrutural que tem vivenciado a saúde pública no país, posto que a judicialização crescente demonstra as falhas no âmbito do SUS, mesmo em face de ampla proteção jurídica. Nesse aspecto, discutiremos no capítulo a seguir alguns elementos sobre o fenômeno da judicialização da saúde.

CAPÍTULO 2 – JUDICIALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CONTROVERSA

2.1 O ACESSO À JUSTIÇA ENQUANTO DIREITO: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

Antes de adentrarmos na efetiva discussão sobre a judicialização da saúde, é importante destacarmos alguns aspectos que situam o acesso à justiça no Brasil, pois se constitui, enquanto componente fundamental tanto para o fortalecimento da democracia quanto para a concretização de outros direitos, como o conjunto das políticas públicas. Para tanto, faremos uma breve trajetória histórica da construção desse direito no país, com ênfase no período subsequente à Constituição Federal de 1988 (CF/88), cuja promulgação possibilitou a ampliação do acesso à justiça.

Ter o acesso à justiça, enquanto garantia legal, torna-se necessariamente fundamental quando nos referimos ao universo dos outros direitos no Brasil. Isto porque, como estratégia que possibilita à sociedade reivindicações de diversas naturezas, “o acesso à justiça pode, portanto, ser encarado como requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos” (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 12).

Dessa forma, o acesso à justiça torna-se um direito central, principalmente quando o tratamos sob a trajetória histórica brasileira, cuja formação sócio-histórica, econômica e política sempre foi marcada por elementos de desigualdades de classes. E, mesmo após os avanços alcançados com início na década de 1980, perduram os elementos de disparidades intrínsecos ao desenvolvimento do país. Tais peculiaridades no contexto brasileiro também se expressam na questão do acesso à justiça, que conforme veremos, trilha uma longa trajetória para que se chegue ao processo de democratização desse direito, o qual, embora em determinados momentos históricos tenha se ampliado, em outros retrai-se em conformidade com as características sociais e políticas do respectivo período.

Assim como outros direitos construídos no Brasil, cuja evolução histórica foi lenta e gradual, como é o caso da própria Política de Saúde, o acesso à justiça também possui seus aspectos iniciais ainda na fase colonial, porém somente tem sua expressão inicial enquanto direito, na Constituição Federal de 1934. Bedin e Spengler (2013) fazem uma contextualização histórica do acesso à justiça no Brasil, destacando-a em dois momentos principais: o primeiro, que contempla o período compreendido entre a fase colonial até o fim do Estado Novo; e o segundo, que vai da redemocratização do país pós ditadura varguista até a Constituição de 1988.

Ainda no período colonial, o acesso à justiça no Brasil estava presente nos primeiros ordenamentos jurídicos advindos de Portugal e resumia-se ao direito que as pessoas pobres e miseráveis tinham de ter um advogado quando não possuísssem condições de contratá-lo. No entanto, como apontam Bedin e Spengler (2013, p. 138), a despeito dessas regulamentações iniciais “a legislação brasileira carecia de dispositivos hábeis a garantir o pleno exercício do direito de acesso à justiça, situação que se perpetuou durante os séculos XVII e XVIII”.

A partir do século XIX, mesmo com a Independência do país, a questão do acesso à justiça não sofreu avanços significativos, uma vez que a Constituição de 1824, apesar de estabelecer a autonomia do Poder Judiciário, ainda possui um caráter fortemente centralizador e absolutista, pois mantinha a existência do Poder Moderador enquanto mecanismo que sobrepujava as decisões no âmbito judiciário, visto que “a despeito da expressa previsão de autonomia e independência do Poder Judicial na Constituição de 1824 o Poder Moderador tinha condições de interferir nos julgados e nos dispositivos das sentenças, uma vez que era ‘chave de toda a organização Política’ (art. 98) do Estado brasileiro da época” (BEDIN; SPENGLER, 2013, p. 138).

A década de 40, do século XIX, também trouxe algumas regulamentações acerca do acesso à justiça de acordo com a Lei nº 26 de 03 de dezembro de 1841, que reformulou o Código de Processo Criminal, e do Regulamento nº 120 de 31 de janeiro de 1842; ambos faziam menção à isenção parcial dos hipossuficientes com relação às custas processuais (PASSOS, 2012, n.p.). Contudo, essas regulamentações ainda eram frágeis e não possuíam caráter constitucional, fazendo com que permanecesse uma lacuna no que se refere ao acesso à justiça no Brasil.

Com a Proclamação da República no Brasil, em 1889, é instituída uma nova Constituição, a de 1891, cujo texto foi adaptado no sistema constitucional norte-americano e adotava a divisão dos três poderes de forma autônoma: o Poder Legislativo, Executivo e Judiciário. Apesar da referida Constituição trazer alguns avanços, como o *habeas corpus*, bem como sobre a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, a mesma não contemplou o acesso à justiça enquanto direito constitucional. Tais aspectos expressam a própria conjuntura do período já que o Brasil vivenciava o fim do regime escravocrata, e parte significativa da população era composta por negros, analfabetos e pobres que não tinham nenhum conhecimento sobre seus direitos, e, dessa forma, estavam à margem destes (BEDIN; SPENGLER, 2013).

Esse momento vivenciado pelo Brasil, na verdade, expressava o que Cappelletti e Garth (1988) discutem na evolução do conceito teórico de acesso à justiça. Para os autores, em que pese as transformações referentes às definições do acesso à justiça, nos séculos XVIII e XIX,

entre os estados liberais burgueses, os procedimentos adotados para a solução de litígios civis eram reflexos de uma filosofia individualista e formal do direito, ou seja, o acesso à justiça era tido como um direito “natural” do indivíduo sem a necessidade da intervenção do Estado para sua proteção. Todavia, o Estado mantinha-se numa posição passiva, não estando comprometido em fazer com que as pessoas pudessem utilizar plenamente a justiça, visto que só poderia ser acessada por aqueles que arcassem com seus custos. Nessa perspectiva, “o acesso formal, mas não efetivo à justiça, correspondia à igualdade apenas formal, mas não efetiva” (CAPPELLETTI; GARTH, 1988, p. 9)

É somente com a Constituição de 1934 que se imprime o caráter de direito constitucional ao acesso à justiça, quando estabelece em seu Art. 113, que “a União e os Estados concederão aos necessitados assistência judiciária, criando, para esse efeito, órgãos especiais, e assegurando a isenção de emolumentos, custas, taxas e selos” (BRASIL, 1934, p. 132). Vale destacar um aspecto que traz à tona a questão do acesso à justiça, enquanto direito, nesse momento, que é a presença de sua redação no Capítulo II da referida Constituição, cujo título contempla o rol dos “Direitos e das Garantias Fundamentais”; estando, por sua vez, em conjunto com outros direitos como a liberdade, a subsistência, a segurança individual, a propriedade, etc.

Na contracorrente desse ganho inicial, em 1937 é instaurada a Ditadura do Governo de Getúlio Vargas, e, por conseguinte, a instituição de uma nova Constituição, também do mesmo ano. A Constituição de 1937 ficou conhecida como “Constituição Polaca” por ter sido espelhada na da Polônia, de cunho fascista, e dentre as várias características de autoritarismo, a mais enfática foi a centralização excessiva do poder nas mãos do presidente, cuja representação simbolizava o golpe do Estado Novo. Desta maneira, a temática do acesso à justiça sofre um retrocesso, uma vez que a assistência judiciária gratuita é suprimida enquanto direito constitucional, conforme previsto em 1934.

Assim, embora alguns aspectos pontuais a respeito do acesso à justiça tenham sido implementados no Brasil nessa trajetória, Bedin e Spengler (2013, p. 141) destacam que:

[...] o direito de acesso à justiça não teve protagonismo entre o período que compreende a fase colonial brasileira até o final do Estado Novo, porquanto as Constituições do período se destinavam muito mais a disciplinar a organização do Estado do que garantir direitos e garantias aos indivíduos.

Na visão dos autores supracitados, com o fim do Estado Novo, inicia-se o processo de instauração de uma nova Constituição, a de 1946, que tinha como objetivo retomar os aspectos de democracia liberal e aquisições sociais já trazidos na de 1934. Em seu Art. 141, parágrafo

4º, a nova Constituição retoma a garantia da universalização da jurisdição ao estabelecer que nenhuma lesão ao direito individual poderia ser excluída da apreciação do Poder Judiciário. Em circunstância desse momento de retomada da democracia no país, o tema de acesso à justiça alcança mais um ganho, que é a criação da Lei 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, cuja regulamentação estabeleceu as normas para a concessão de assistência jurídica aos necessitados.

Entretanto, assim como ocorrera na Ditadura Vargasista, o Brasil vivencia o seu segundo período ditatorial, com a instauração do Golpe Militar de 1964, e com uma repetição de fatos, institui-se a sexta Constituição para legitimar o regime militar. Bem como em 1937, a Constituição de 1967 coloca em evidência o poder presidencial, que passa a centralizar as decisões não somente do Poder Executivo, mas também do Legislativo e Judiciário.

Vale acrescentar que a ditadura militar também impunha suas características na condução das políticas públicas que aconteciam fortemente centralizada pelo ente federal, tanto na esfera decisória quanto no aspecto financeiro, restando aos outros entes federados (estados e municípios) a função de executores. Este cenário parte de um processo de autoritarismo e paternalismo marcadamente presente na intervenção do Estado sobre a área social nesse momento. Para Rocha (2009), dentre as características desse cenário, estava a articulação clientelista entre governos estaduais e municipais em relação ao federal, que gerava um ciclo de troca de favores.

Sendo assim, pode-se verificar que o direito ao acesso à justiça, e nesse processo salientamos as condições favoráveis para ingressá-la por todos os membros da sociedade, subsiste no Brasil de maneira bastante instável até a década de 1980, uma vez que havia uma periodicidade muito grande entre as normatizações e regulamentações relacionadas ao tema, ora com avanços, ora com retrocessos. Esse cenário será modificado com a instituição da CF/88, cujas transformações implicam no conjunto de todos os direitos sociais, políticos, econômicos, etc.

Nos termos da CF/88, em seu Art. 5º, inciso XXXV, “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”, o que significa que todos os cidadãos poderão ter acesso à justiça enquanto direito constitucional. Isso significou não somente a garantia de acesso ao Poder Judiciário, mas a possibilidade de reivindicação de outros direitos fundamentais, como as políticas públicas. Desta forma, o processo de redemocratização do Brasil possibilitou que a sociedade pudesse ter participação em vários aspectos da realidade social e, conseqüentemente, também nas instâncias regulamentadoras da Justiça no país.

Torna-se fundamental salientar que na nomenclatura jurídica há uma diferença entre o que se chama de “justiça gratuita” e “assistência judiciária”, conforme refere Pontes de Miranda (1967, p. 460):

Assistência Judiciária e benefício da justiça gratuita não são a mesma coisa. O benefício da justiça gratuita é direito à dispensa provisória de despesas, exercível em relação jurídica processual, perante juiz que promete a prestação jurisdicional. É instituto de direito pré-processual. A Assistência Judiciária é organização estatal, ou paraestatal, que tem por fim, ao lado da dispensa provisória de despesas, a indicação de advogado. É instituto de direito administrativo.

Por outro lado, para fins de uma abordagem mais abrangente, o que chamamos de acesso à justiça, a partir da perspectiva da CF/88, contempla esses dois sentidos e se relaciona à ampliação do acesso ao Poder Judiciário na garantia de que todos os cidadãos possam utilizá-la, independentemente de possuir ou não recursos financeiros. Nessa estrada, acompanhamos o entendimento amplificado de Cappelletti e Garth (1988, p. 8) sobre a temática, os quais ressaltam que:

[...] a expressão “acesso à Justiça” é reconhecidamente de difícil definição, mas serve para determinar duas finalidades básicas do sistema jurídico – o sistema pelo qual as pessoas podem reivindicar seus direitos e/ou resolver seus litígios sob os auspícios do Estado. Primeiro, o sistema deve ser igualmente acessível a todos; segundo, ele deve produzir resultados que sejam individual e socialmente justos.

É importante realçar que não se tem a intenção de minorar as ações que foram realizadas anteriormente à CF/88 no que se refere ao acesso à justiça, se pensarmos, por exemplo, que desde 1950, a Lei 1.060 possibilitou a ampliação do acesso ao Poder Judiciário por parte da população, com a regulamentação da assistência gratuita no país. Porém, conforme apontam Bedin e Spengler (2013, p. 143), “mesmo com a edição da Lei Federal n.º 1.060/50 [...], a maior parte da população se mantinha distante da Justiça”.

A Defensoria Pública foi um dos mecanismos fundamentais para a democratização do acesso à justiça, regulamentada de acordo com a CF/88, em seu Art. 134, o qual dispõe que a mesma “é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, [...] dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados”.

Ainda assim, muito embora o Brasil tenha adotado esse modelo de abrangência nacional de assistência jurídica, a criação e implementação das Defensorias Públicas no país seguiram um processo vagaroso e difícil, segundo informações do IPEA, com base em dados do Mapa da Defensoria Pública no Brasil, de 2013. Segundo o relatório, “antes de 1990, havia Defensorias Públicas em apenas sete estados brasileiros. Esse número cresce de modo substancial a partir dos anos 1990, quando mais dez estados estabelecem essas instituições. Os outros oito estados criariam as suas defensorias públicas apenas nos anos 2000” (BRASIL, 2013, p. 23-24). Complementa-se no documento que as duas últimas defensorias estaduais foram criadas somente nos anos de 2011 e 2012, respectivamente nos estados do Paraná e Santa Catarina.

O Ministério da Justiça, por meio da Secretaria de Reforma do Judiciário, também divulgou no ano de 2015 o IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil, através do qual destaca alguns elementos para se discutir a universalização do acesso à justiça, tanto no âmbito das Defensorias Públicas dos Estados, quanto na Defensoria Pública da União. À luz de uma determinação da Emenda Constitucional Nº 80/2014, que tem como determinação o aumento do número de defensores públicos proporcional à demanda pelo serviço da Defensoria Pública e à respectiva população em um prazo máximo de oito anos, na União, Estados e Distrito Federal, o diagnóstico evidenciou que os dados relacionados às Defensorias Públicas Estaduais mostraram “oscilações significativas no número de comarcas atendidas por ao menos um Defensor Público Estadual, nas unidades federativas brasileiras” (BRASIL, 2015, p. 58). Ainda, em relação aos dados da Defensoria Pública da União, “A insuficiência de Defensores Públicos e a existência de unidades jurisdicionais não atendidas pela DPU impõe restrições e assevera as desigualdades relativas ao acesso à Justiça em regiões do país, fragilizando o trabalho realizado pela instituição” (BRASIL, 2015, p. 107). Isto quer dizer que, muito embora se tenha avançado no que se refere à ampliação do acesso à justiça, ainda persiste um sistema jurídico pouco capilarizado e regionalizado.

O acesso à justiça está, obviamente, para além da gratuidade nos serviços jurídicos para aqueles cujas condições financeiras não permitiriam o ingresso mediante demandas no Poder Judiciário, pois, além de instituições como a Defensoria Pública, o Ministério Público também desempenha um papel fundamental na defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, como prevê o Art. 127 da CF/88. Apesar disso, quando falamos de acesso à justiça devemos, necessariamente, relacioná-la aos marcos regulamentares da justiça gratuita para os hipossuficientes, como a Defensoria Pública, uma

vez que, só diante disso, podemos discutir sobre as condições de (des) igualdades dos usuários ante ao Poder Judiciário.

Sobre esse ponto de vista Sadek (2014) defende que, não obstante a ampliação e democratização da justiça a partir da “Constituição Cidadã”, ainda subsistem empecilhos determinantes para a concretização desse direito no Brasil, posto que, entre a “porta de entrada” e a “porta de saída” do Poder Judiciário, existem vários meandros que obstam sua efetividade. Assim,

A efetiva realização dos direitos não é, contudo, uma decorrência imediata da inclusão do direito de acesso à justiça na Constituição e em textos legais [...]. Assim, ainda que do ponto de vista da legalidade, desde 1988, um amplo rol de direitos esteja reconhecido, dificilmente se poderia dizer que a vivência de direitos seja minimamente igualitária ou compartilhada por todos (SADEK, 2014, p. 57)

Dentre os obstáculos levantados pela autora, está a profunda desigualdade econômica e social, ainda fortemente presente no país, cujo principal reflexo é o desconhecimento de direitos de ampla parte da população, o que consequentemente compromete a universalização do acesso à justiça. Esta realidade afasta a “porta de entrada” desses indivíduos, e ainda mais, os distanciam da “porta de saída” devido as inúmeras dificuldades enfrentadas nesse processo. Em face disso, verifica-se que “a desigualdade de renda combinada com graves deficiências nos resultados de políticas públicas visando à garantia de direitos sociais gera uma estrutura social baseada em desigualdades cumulativas. Isto é, um sistema de exclusões alimentado por limitações na rede de proteção social e pela precariedade dos serviços públicos” (SADEK, 2014, p. 58-59).

A autora chama a atenção quando destaca um sistema de “desigualdades cumulativas”, é que a precariedade da rede de proteção social através da oferta de serviços públicos insuficientes, ou até mesmo ausentes, desemboca na reprodução das desigualdades sociais e, em consequência, nos diferentes níveis de escolaridade, processo este que gera um ciclo vicioso: quanto menor o nível de escolaridade, menor possibilidades de se conhecer os direitos.

Esse ciclo de desigualdades no Brasil existe desde a estruturação das políticas sociais, cujos indivíduos, “formalmente” munidos de informações, eram os mais privilegiados. Um exemplo disso é a própria política de saúde, à qual, inicialmente, só tinham acesso aqueles com posições privilegiadas na sociedade, ou seja, os que ocupavam o mercado formal de trabalho. Além disso, apesar de vivenciarmos, nos dias atuais, a ampliação e democratização de diversos direitos sociais, não podemos dispensar a hipótese de que manter um “exército” de pessoas

desprovidas de informações pela precária ou ausente escolaridade, é uma das estratégias utilizadas pelo Estado capitalista para manter grandes parcelas da população aquém de um sistema de direitos, por não possuírem os meios para reconhecê-los.

Nessa mesma perspectiva de entendimento, Cappelletti e Garth (1988, p. 22-23) já muito antes defendiam que:

A “capacidade jurídica” pessoal, se se relaciona com as vantagens de recursos financeiros e diferenças de educação, meio e *status* social, é um conceito muito mais rico, e de crucial importância na determinação da acessibilidade da justiça. Ele enfoca as inúmeras barreiras que precisam ser *pessoalmente* superadas, antes que um direito possa ser efetivamente reivindicado através de nosso aparelho judiciário. Muitas (senão a maior parte) das pessoas comuns não podem – ou, ao menos, não conseguem – superar essas barreiras na maioria dos tipos de processos. [...] Essa barreira fundamental é especialmente séria para os despossuídos.

Verifica-se que ainda há muito que se discutir e propor sobre o processo de ampliação e democratização do acesso à justiça. E é sobre essa perspectiva de igualdade de condições dos usuários no ingresso em demandas judiciais que aparece, enquanto um dos aspectos que torna a judicialização da política de saúde uma arena controversa e de diferentes abordagens, cuja análise a coloca em uma via de mão dupla, como veremos a seguir.

2. 2 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: UMA VIA DE MÃO DUPLA

2.2.1 Conceitos essenciais para discussão da judicialização da saúde

O fio condutor dessa discussão parte da necessidade de dialogar com as diferentes faces de um mesmo dado. Desta forma, antes de mais nada, é fundamental esclarecer que nosso objetivo não é dicotomizar a judicialização da saúde, dividindo-a entre pontos “negativos” e “positivos”, mas tratá-la em sua totalidade, sob diferentes perspectivas e abordagens, deixando claro que ela é uma expressão imediata de um problema que é estrutural à política de saúde, isto é, sua gestão sob a égide do neoliberalismo. Por isso, utilizamos o termo “mão dupla” para ilustrar que, embora o “caminho de ida” da referida política seja marcado por um amplo arcabouço de leis que protegem o direito à saúde como fundamental ao indivíduo, e de responsabilidade do Estado, o “caminho de volta” encontra-se bastante “acidentado” e traz elementos que têm colocado em xeque a segurança desse direito.

A CF/88 reconhece a saúde enquanto direito, sendo seu provimento de responsabilidade do Estado. Em 1990, a Lei 8.080 vem reafirmar estes princípios com a instituição do Sistema Único de Saúde e torna ainda mais sólido o campo de garantias na área dessa política social. Porém,

Para além da CF88, problemas estruturais do Estado e do modelo de desenvolvimento capitalista brasileiro, com destaque para as marcantes desigualdades econômicas e sociais observadas no país, precisam ser considerados quando se busca compreender os desafios da proteção social e, em específico, da implementação da política de saúde nos anos noventa. (BAPTISTA *et al.*, 2009, p. 83),

Em outra direção, a partir da década de 1990, vislumbra-se um novo cenário, que aponta um claro corte dos investimentos na área social em detrimento da economia. Tal contexto tem fragmentado os serviços de saúde e “encolhido” a capacidade de cobertura de acesso, havendo um inchaço no setor da saúde, bem como a precarização e/ou redução dos serviços disponibilizados. Nesse contexto, tem-se observado com frequência, um processo de “mobilização” dos usuários do SUS para outra esfera pública, a judiciária, a fim de buscar resolutividade para suas demandas e encaminhamentos.

É diante desse cenário que podemos verificar uma transferência de responsabilidades entre os poderes no que tange ao encaminhamento de demandas no âmbito do SUS, levando ao chamado fenômeno da judicialização da saúde. Acerca desse processo, Martins e Carpane (2016, p. 55-56) destacam que “entende-se por judicialização a atuação por parte do Poder Judiciário ao decidir questões que, a princípio, competiria aos Poderes Legislativo e Executivo emitir a palavra final, órgãos estes que possuem caráter democrático, vez que seus membros representam a sociedade como um todo”.

Assim, a judicialização da saúde aparece como uma alternativa para a concretização de alguns direitos que não foram desempenhados pelos entes diretamente responsáveis. Evidencia-se uma frequente inversão de responsabilidades que tem acontecido cotidianamente nas três esferas dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, posto que essa estratégia tem crescido expressivamente como condição primordial para se acessar determinados bens e serviços de saúde. Por conseguinte, o que deveria ser uma estratégia de peculiar necessidade, acaba por ser uma via que beira entre o relaxamento e o exagero na recorrência ao Poder Judiciário.

Alguns elementos contribuíram para a recorrência cada vez maior da judicialização. Para Barroso (2007), o processo de redemocratização do país e a instituição da CF/88 levou à universalização dos serviços públicos de saúde, uma vez que antes desse marco jurídico, a saúde

estava restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho. A esses processos relaciona-se um outro fato, a liberdade com que juízes e tribunais passaram a desfrutar para a aplicabilidade direta e imediata às normas constitucionais. Isto facilitou as tomadas de decisões e autonomia dos executores do direito.

Uma outra característica levantada por Martins e Carpanez (2016) a respeito dos aspectos que possibilitaram a emergência da judicialização, é que o texto constitucional possui uma normativa que não se restringe a matérias estritamente constitucionais (como a organização do Estado), mas também a regulamentação de outros aspectos por meio do estabelecimento de normas, princípios e regras; e preveem a necessidade de que haja outras legislações a fim de complementá-la garantindo sua regulamentação e aplicabilidade. Sendo assim, “atribuir à Constituição múltiplas questões, sobretudo as de caráter político, permite que a população busque obter, através do Poder Judiciário, a garantia dos direitos fundamentais exposta neste documento, dada a omissão (total ou parcial) prolongada por parte do Poder Público em concretizar o que se encontra no texto constitucional”¹¹. Ou seja, o modelo de constituição adotado no Brasil no pós década de 1980, com viés amplamente democrático e participativo, possibilitou que a sociedade pudesse buscar cada vez mais os seus direitos.

As análises sobre a judicialização não são recentes no Brasil, nem tampouco no mundo todo. Embora os estudos brasileiros sobre o tema tenham ganhado representatividade somente na década de 1990, desde o início do século XX, o termo *judicialização da política* já era abordado especialmente nos países cujo Poder Judiciário tinha uma tradição de influenciar na efetivação de direitos e na implementação das políticas públicas (ASENSI, 2010, grifos do autor).

Conforme aponta o autor mencionado acima, em observância às diversas perspectivas de análise da *judicialização da política*, verifica-se que elas são bastante heterogêneas, pois os estudos em torno do tema transitam desde aspectos constitucionais até um viés antropológico. Contudo, para além dessa heterogeneidade existente entre as diversificadas análises sobre a temática, há uma característica que permeia todas elas, que é o surgimento do protagonismo do Judiciário na efetivação de direitos e das políticas públicas. Assim,

[...] a condição sine qua non para a formação e intensificação da judicialização da política e das relações sociais seria a presença de um ambiente democrático em que as instituições do Estado Democrático de Direito, apesar de separadas e mantidas em sua autonomia administrativa, funcional e política, criam seus

¹¹ (*Ibidem*, p. 58-59).

próprios mecanismos de interpenetração e controle mútuos (ASENSI, 2010, p. 84).

Sob outra perspectiva, Danielli (2018) evidencia que a discussão referente ao direito à saúde no Brasil foi bastante irregular, isto porque, esse direito, inicialmente, caracterizava-se enquanto uma norma tipicamente programática¹². Então, é como se o constituinte regulasse, direta e imediatamente, determinados interesses com a delimitação de princípios a serem cumpridos, mas sem a devida análise sobre sua dimensão objetiva, sobre o mínimo existencial necessário para o seu cumprimento ou acerca de sua natureza individual. Logo, as primeiras ações judiciais relacionadas à política de saúde seguiram esse entendimento restrito. Os Arts. 195, 196, 204 e 207 da CF/88, entre os quais está o que corresponde à saúde, são exemplos dessa reflexão, posto que possuem eficácia limitada; em outras palavras, não possuem força suficiente para serem cumpridos integralmente, dependendo de legislação complementar.

No sentido em questão, o autor supracitado destaca os termos do Recurso Ordinário no Mandado de Segurança nº 6.564/RS, julgado em 23 de maio de 1996 pelo relator, Ministro Demócrito Reinaldo, cuja decisão foi determinada enquanto “inexistência de direito líquido e certo”:

Na regra jurídica-constitucional que dispõe “todos têm direito e o Estado tem o dever” – dever de saúde – como afiançam os constitucionalistas, “na verdade todos não têm direito, porque a relação jurídica entre o cidadão e o Estado devedor não se fundamenta em *vinculum juris* gerador de obrigações, pelo que falta ao cidadão o direito subjetivo público, oponível ao Estado, de exigir em juízo, as prestações prometidas a que o Estado se obriga por proposição ineficaz dos constituintes. No sistema jurídico pátrio, a nenhum órgão ou autoridade é permitido realizar despesas sem a devida previsão orçamentária, sob pena de incorrer no desvio de verbas¹³ (BRASIL, 1996 *apud* DANIELLI, 2018, p. 60).

Para melhor compreender esse entendimento do direito à saúde, presente nas primeiras ações judiciais sobre o tema, acreditamos que é salutar se discutir dois conceitos fundamentais que estão intrinsecamente ligados à judicialização da saúde, que são: o mínimo existencial e a

¹² As Normas programáticas são aquelas que precisam de outra lei para a sua regulamentação, seja por meio de lei ordinária ou complementar. Dessa maneira, as normas programáticas são de eficácia limitada, ou seja, precisam de complementação posterior para então produzir os efeitos que dela se esperam.

¹³ Disponível em: <https://stj.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/3613247/recurso-ordinario-em-mandado-de-seguranca-rms-6564-rs-1995-0068782-8>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

reserva do possível. Ambos possuem definições opostas e que dão significados distintos na cealeuma da resolução de conflitos da saúde ante ao Poder Judiciário.

O mínimo existencial relaciona-se à ideia de um direito fundamental e essencial para o ser humano a fim de que possa sobreviver em condições de dignidade; para tanto, é necessária a prestação de recursos materiais essenciais às condições mínimas de sobrevivência (CARDOSO; CUNHA, 2016). Nessa direção, podemos inferir que o próprio conjunto das políticas públicas é parte essencial para a perspectiva do mínimo existencial.

Um dos clássicos desse entendimento, Torres (1989), destaca que o mínimo existencial abrange uma dimensão essencial e inalienável e não pode ser mensurado, uma vez que abrange aspectos muito mais qualitativos do que quantitativos. Além disso, as condições mínimas de existência estão relacionadas a diversos outros direitos, como o direito à liberdade, os direitos humanos, os direitos individuais, direitos sociais, etc.

A judicialização da saúde trabalhada sobre a perspectiva do mínimo existencial acaba sendo uma estratégia fundamental para que os indivíduos tenham a garantia do direito à saúde, levando em consideração os aspectos de universalidade e integralidade que são princípios estruturantes do SUS, independentemente do caráter da demanda, pois sabe-se que as necessidades em saúde são de diferentes naturezas e grau de complexidade. Por isso, “quando afirmamos que o direito ao atendimento integral corresponde ao direito ao mínimo existencial do sistema, estamos nos referindo à integralidade em todas as suas múltiplas acepções” (CASTRO, 2012, p. 17).

A reserva do possível, por sua vez, refere-se à limitação orçamentária para a disponibilização dos próprios mínimos existenciais por parte do ente público, uma vez que, como ressalta Silva e Valle (2012, p. 125), “apesar de o Estado reconhecer a existência de um direito, defende a impossibilidade fática (falta de recursos) ou jurídica (orçamentária) de efetivá-lo em face das limitações decorrentes da escassez de recursos para implementação de direitos prestacionais”.

Mas no que se refere ao direito à saúde, como podemos limitar as diversas necessidades dos usuários do SUS às questões orçamentárias, se verificamos que em comparação com a política econômica, a saúde é contemplada com recursos já reduzidos? Como já relatado anteriormente, essa característica está relacionada com a política neoliberal, que limita o orçamento social em detrimento da rentabilidade econômica. A reserva do possível, portanto, é um princípio que possui limitações interpretativas no Brasil, dado o contexto social, econômico e político no país.

Para exemplificar essas limitações, destacamos que a própria literatura (KRELL, 2002) evidencia que esse conceito foi importado dos tribunais Alemães, que na década de 1970, avaliou o caso de uma estudante que pleiteava uma vaga de medicina em uma universidade pública, porém a Corte Alemã definiu que, ao atender às demandas sociais o Estado, deveria ater-se a um certo limite, que leve em consideração também os aspectos econômicos do sistema.

Em que pese a utilização da reserva do possível em decisões dos tribunais, envolvendo os direitos fundamentais, verifica-se que a reserva do possível tem sido utilizada enquanto argumento para a limitação da efetividade dos direitos sociais e, conseqüentemente, do direito à saúde, mas a respectiva teoria não pode se tornar uma barreira para a concretização de direitos que são essenciais à dignidade da pessoa humana, conforme declara Castro (2012, p. 16), ao fazer uma comparação da aplicabilidade desse princípio, na Alemanha, em paralelo com o Brasil, país importador do conceito:

A reserva do possível, como foi desenvolvida na Alemanha, tem características peculiares à situação germânica que não se aplicam ao Brasil. A questão principal discutida no Tribunal [alemão] era se os autores da ação tinham direito a uma vaga no ensino superior. Ocorre que, no Brasil, a maioria das questões levadas ao Judiciário é de natureza totalmente diversa: dizem respeito à saúde.[...] O que se quer acentuar com essas considerações é que em um país como o Brasil, que não atingiu ainda o padrão de desenvolvimento da Alemanha, onde a maioria das necessidades básicas já se encontram satisfeitas, aplicar a teoria da reserva do possível com relação ao direito à saúde pode provocar um verdadeiro desastre, pois quando falamos em direito à saúde, na maioria das vezes, estamos lidando com o mínimo existencial do caso concreto, direito este que deve ser satisfeito independentemente da existência de qualquer lei ou de previsão orçamentária.

Os conceitos discutidos anteriormente evidenciam dois pontos de vistas distintos, que fazem parte das decisões do magistrado desde as primeiras ações judiciais em torno do direito à saúde, de acordo com o que se verificou no trecho da decisão do mandado de segurança acima citado. Também, na vasta bibliografia relativa ao tema, embora nem sempre explicitamente, os conceitos do mínimo existencial e da reserva do possível dividem posicionamentos dos autores, uma vez que os estudos estão dicotomicamente divididos entre aqueles que argumentam que a judicialização gera um prejuízo ao conjunto das políticas públicas e deve levar em consideração as limitações orçamentárias do governo (AMARAL, 2011; FERRAZ E VIEIRA, 2009; MAZZA, 2013), e, por sua vez, aqueles que defendem a efetividade do direito fundamental da saúde acima das justificativas da escassez de recursos orçamentários por parte dos governos, atendendo aos princípios da integralidade e da saúde enquanto promotora da dignidade da

pessoa humana (AZEVEDO; ALMEIDA; PORTES, 2013; CARDOSO; CUNHA, 2016; CASTRO, 2012).

O conceito da reserva do possível possui relação análoga com um outro entendimento, que é a discussão da judicialização da saúde a partir da “teoria dos jogos”¹⁴. Alcântara (2012 a; 2012 b) faz a correlação entre a teoria dos jogos e a locação dos recursos na política de saúde, destacando o risco das várias decisões individuais, proferidas pelos tribunais, no que se refere ao direito à saúde e o impacto que elas geram na coletividade da referida política. A autora reconhece a necessidade de alocação de recursos para a completude dos direitos sociais, mas defende que estes recursos são limitados e, sob essa perspectiva, o magistrado brasileiro deve ter uma visão pragmática das demandas individuais, com análise dos efeitos futuros que elas impactam sobre a realidade socioeconômica.

Em alusão à teoria dos jogos na judicialização da saúde, Alcântara (2012 a, p. 91) parte do entendimento de que:

Analisando estrategicamente as suas opções, cada um dos cidadãos, independentemente de sua condição financeira, percebe que a melhor escolha individual é exigir e usufruir do maior número possível de ações e serviços de saúde do Estado, mesmo que não previstos no rol das políticas estabelecidas, e qualquer que seja o seu custo. [...] Porém um número cada vez maior de pessoas age desta forma. Cada um, isoladamente, ajuíza uma demanda, pleiteando a melhor prestação de saúde possível. O resultado para a concessão destes diversos pleitos individuais – decorrentes de uma estratégia não cooperativa de cada um dos agentes – é o pior possível: o colapso do próprio sistema de saúde.

Gostaríamos de destacar um aspecto levantado pela autora e do qual nos contrapomos. Refere-se que independentemente do volume de recursos destinados pelo Estado para a

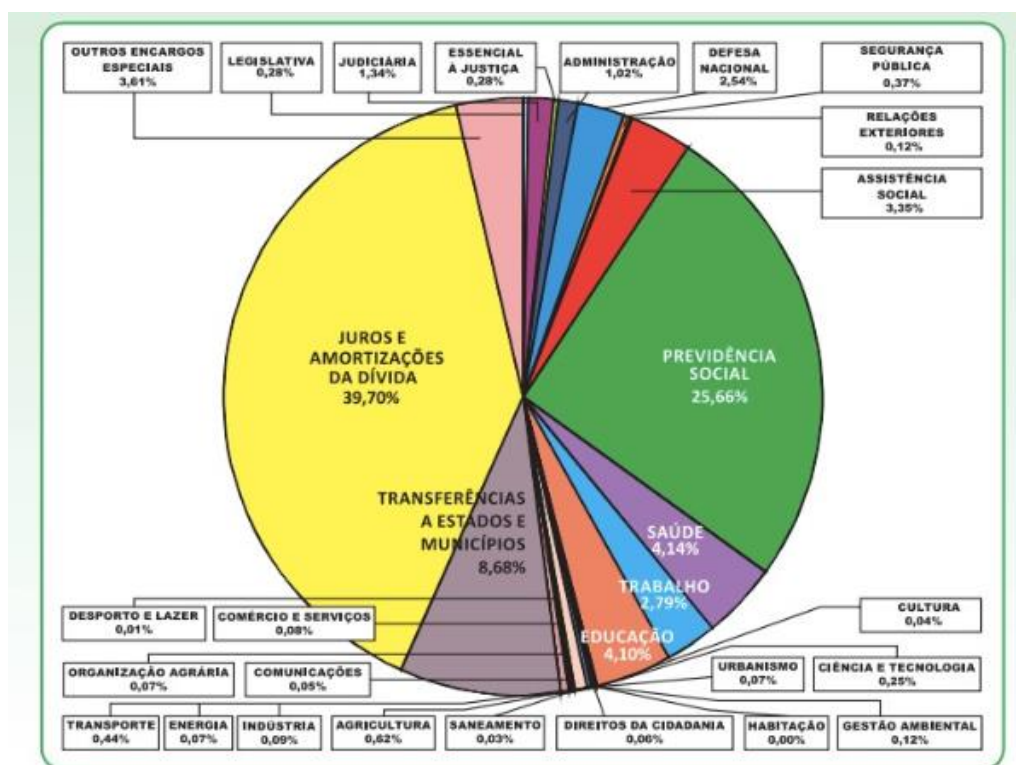
¹⁴ Conforme aponta Alcântara (2012 a), a teoria dos jogos (*la théorie du jeu*) foi desenvolvida pelo matemático húngaro, Jansci Von Neumann, em 1944. Sua aplicação, inicialmente foi destinada para a área bélica no contexto da II Guerra Mundial. A teoria dos jogos atua na perspectiva de identificar as regras de um jogo e compreender as linhas de ação de cada um dos agentes que estão em conflito a fim de identificar os possíveis resultados que decorrem de cada uma das escolhas dos jogadores. Para ilustrar o conceito, em 1950, os autores, Merrill Flood e Melvin Dresher, formularam uma pequena história conhecida como “O dilema do prisioneiro”, cujo enredo envolve dois suspeitos de um crime que são apreendidos e separados imediatamente. O delegado que investiga o caso propõe que se um deles confessar o erro, a pena que inicialmente seria de quatro anos, cai para dois, em decorrência da cooperação, mas aquele que não o fizer permanecerá os quatro anos na penitenciária. No caso de ambos confessarem o crime, terão o benefício de dois anos. E finalmente, se nenhum dos dois confessar, ambos serão soltos ao final de um ano. “Tal formulação é utilizada para demonstrar que, em determinados processos de interação estratégica, o fato de cada jogador buscar o melhor para si leva a uma situação que não é a melhor para todos” (ALCÂNTARA, 2012, p. 90). Estas ideias, que a princípio foram muito utilizadas na área bélica, bem como na Matemática e na Economia, passaram também a ser incorporadas no campo do Direito, especialmente no que se refere à judicialização dos direitos sociais.

concretização dos direitos, existe uma escassez de recursos, que é ontológica e inerente à área financeiro-orçamentária na área da saúde pública no Brasil, pois, ainda que se levem em consideração aspectos como a diminuição ou ausência de desvios ilegais, cujos impactos são nefastos e, mesmo com um volume maior de investimentos nesta área, “os recursos continuariam sendo finitos, ao passo que as necessidades dos usuários permaneceriam, em contrapartida, infinitas” (ALCÂNTARA, 2012, p. 92).

Entretanto, a autora não levou em consideração a condição essencial, a qual temos defendido durante todo o estudo, que leva ao agravamento da saúde pública no Brasil e ao consequente processo de judicialização, que é a condução das políticas sociais sob os rumos da política neoliberal, que se expressa, dentre seus principais traços, pela rentabilidade econômica em detrimento das políticas sociais. Sua análise revela uma avaliação bastante “maniqueísta” dos pacientes do SUS, não levando em consideração os profundos infortúnios pelos quais estes indivíduos passam no processo de saúde-doença, justificando-se a reivindicação do direito quase como uma inconsequência pessoal, pois “como não têm conhecimento nem ingerência sobre o que os outros vão fazer, optam por exigir judicialmente todas as prestações que desejam, pois acreditam que o Estado, que possui um orçamento de enormes proporções, pode custeá-las sem nenhum problema” (ALCÂNTARA, 2012, p. 91). Ainda, ao magistrado, sob a premissa da saúde enquanto direito de todos, resta a síntese de que “**o Estado está obrigado a entregar seja-lá-o-que-for, custe-o-que-custar**” (AMARAL, 2011 *apud* ALCÂNTARA, 2012, p. 91, grifos do autor).

Nesse contexto, há de se levar com consideração que uma das principais, senão a principal, causa da limitação dos recursos financeiros para a operacionalização da política de saúde, em suas diversas necessidades, está a destinação da maior parte do orçamento público brasileiro para pagamentos de juros e amortizações da dívida externa, como podemos observar no gráfico abaixo. Conforme verificamos nos dados (Figura 1), no ano de 2017, 39,7% do total do Orçamento Federal foram destinados ao pagamento da dívida externa, considerando-se que somente 4,1% foram encaminhados para a saúde. Isso evidencia o lugar ocupado pelas políticas sociais ante a gestão do fundo público na sociedade capitalista. Salvador (2012, p. 6) corrobora com esse entendimento, destacando que “existe uma miríade de formas de gastos sociais e de financiamento, incluindo a questão da manutenção e da valorização dos capitais pela via da dívida pública. A formação do capitalismo seria impensável sem a utilização de recursos públicos”.

Figura 1: Orçamento Federal Executado em 2017 (R\$ 2,483 trilhões)



Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI);

Elaboração: <https://auditoriacidada.org.br/>

Em posição intermediária em relação às perspectivas da reserva do possível e do mínimo existencial na determinação da implantação de políticas públicas, especialmente no caso da saúde por parte do Judiciário, Cardoso (2017), admite o uso do princípio da razoabilidade¹⁵ para refutar as conclusões, erradamente fundamentadas a seu ver, de que para a garantia do mínimo existencial e de sua pretensão para o exercício prático da dignidade da pessoa humana, não há limites para a concretização desses direitos. Como exemplo, o autor ressalta o tratamento requerido individualmente no exterior, com valores absurdamente altos e por vezes experimentais; então ele considera que:

Na hipótese de deferimento de tal pleito, o indivíduo seria beneficiado, e, de fato e de direito, teria seu direito à saúde garantido. Mas isso geraria um custo elevado, que, além de ser suportado pela sociedade como um todo, impactaria

¹⁵ O princípio da razoabilidade atua como instrumento que prevê o bom senso nas decisões do Poder Judiciário. Nas palavras de Piske (2011, n.p.), “O princípio da razoabilidade impõe a coerência do sistema. A falta de coerência, de racionalidade de qualquer lei, ato administrativo ou decisão jurisdicional gera vício de legalidade, visto que o Direito é feito por seres e para seres racionais, para ser aplicado em um determinado espaço e em uma determinada época. Através da análise da razoabilidade também se verifica se os vetores que orientam determinado sistema jurídico foram ou não observados”

o orçamento da pasta da Saúde. Conceder a um indivíduo um direito específico (*integralidade*) em face do Estado que não será estendido a todos os que estiverem em idêntica situação (*universalização*) pode ensejar o reconhecimento de um regime diferenciado, desigual, não isonômico. Se as necessidades são ilimitadas, os recursos públicos não o são. E no Brasil, não se pode esquecer, pacientes morrem nos corredores dos hospitais, muitas vezes à espera de procedimentos cirúrgicos básicos (CARDOSO, 2017, p. 32-33).

Um segundo argumento levantado pelo autor no que tange à razoabilidade como princípio norteador das decisões judiciais referentes à saúde é sobre os medicamentos de alto custo e de uso contínuo, muitas vezes não disponíveis na rede pública pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)¹⁶ ou do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE)¹⁷. Para trazer a discussão à tona, é utilizado o exemplo do jovem, Rafael Notarangeli Fávero, portador da Hemoglobinúria Paroxística Noturna (HPN), que em 2012, conseguiu na justiça o medicamento importado *Soliris*, custando R\$ 800 mil ao Estado de São Paulo, a fim de controlar a doença¹⁸.

Nesse ponto, as discussões em torno da judicialização da saúde e as tensões existentes entre os diversos princípios que regem o ordenamento jurídico brasileiro devem ser analisados sob a ótica da totalidade, categoria teórica que fundamenta esse estudo, pois só assim,

¹⁶ A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um dos instrumentos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica que integram uma das garantias do SUS. A RENAME constitui uma das recomendações da organização Mundial de Saúde (OMS), que desde 1977, elaborou a primeira lista de acordo com os perfis de doenças e tratamentos farmacológicos e estimula a elaboração de listas nacionais nos respectivos países. O Brasil elaborou sua primeira lista de medicamentos essenciais, em 1964, e desde então, trabalha com sua atualização frequente. A última lista é de agosto de 2017, conforme informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

¹⁷ A Assistência Farmacêutica no SUS está organizada por meio de Componentes, de maneira que cada um possui características diferentes, são eles: o Componente Básico, o Componente Estratégico e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. De acordo com o Ministério da Saúde (2014, p. 25), este último “substituiu, em 2010, o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional ou, popularmente denominado de ‘medicamentos de alto custo’ e objetiva garantir os medicamentos para agravos crônicos, cujos custos de tratamento são os mais elevados. O financiamento é de responsabilidade da União, estados e Distrito Federal, em um modelo que visa à manutenção do equilíbrio financeiro entre esses entes federativos.

¹⁸ O autor utiliza uma reportagem veiculada pela Revista Época, que na íntegra, relata que, em alternativa ao tratamento, o paciente poderia realizar um transplante, que é a solução mais barata. Mas, apesar disso, Rafael não procurou sequer doador, uma vez que, embora o transplante possa curar metade das pessoas com a doença, 30% delas poderiam morrer por complicações. Além disso, o paciente teve acesso a um dos hematologistas do Hospital Sírio Libanês, pelo setor de filantropia do hospital, cujo atendimento desse tipo de paciente é vantajoso em razão das garantias de isenção fiscal para a referida instituição. Também, o médico responsável por incentivar o ajuizamento de ação para conseguir o remédio via judicial, embora tenha relatado não possuir nenhum vínculo com o fabricante do remédio, uma empresa americana, é pago por ela para dar aulas sobre a doença e seu tratamento. Fonte utilizada pelo autor: <http://revistaepoca.globo.com/tempo/noticia/2012/03/o-paciente-de-r-800-mil.html>.

conseguiremos perceber quais os problemas estruturais que justificam sua existência. Ademais, tais elementos trazem à tona a complexidade da judicialização, tornando-a uma problemática de difícil abordagem. A seguir, discutiremos aspectos que possam dar subsídios para uma visão ampliada do tema, bem como as dificuldades de se encontrar a linha tênue do equilíbrio entre seus aspectos positivos e negativos.

2.2.2 Da negação do direito à judicialização excessiva da política de saúde: uma equação difícil

As primeiras ações que envolveram o poder judiciário para intervenções junto à esfera da saúde foram delineadas na década de 1990, a fim de buscar a efetividade dos direitos referentes às reivindicações das pessoas vivendo com HIV, no que concerne à assistência farmacêutica. Tal processo foi sendo generalizado para outros grupos de pacientes, tornando-se, a partir de então, uma válvula de escape para as demandas não concretizadas pelo Estado no que se refere ao direito à saúde. Assim, apesar de constituir-se como espaço que gera, no próprio Estado, a obrigatoriedade do cumprimento de suas ações enquanto provedor desse direito, a instância jurídica coloca em questão a falta de efetividade daquilo que é preconizado no aparato legal (VENTURA et. al., 2010).

Para Danielli (2018), é justamente nesse processo de demandas específicas de pacientes com o vírus HIV, que há uma mudança interpretativa do Poder Judiciário em relação ao direito à saúde, que conforme explicitado anteriormente, era tratado sob a ótica de uma norma com eficácia limitada. As solicitações individuais para o fornecimento de medicamentos, por parte do Estado, para tratamento da AIDS forçaram uma mudança de reflexão sobre o que se entendia de direito à saúde, que nesse contexto, relacionava-se também ao direito à vida, à dignidade e à integridade física e moral da pessoa acometida pela doença.

É verdade que, apesar de serem demandas individuais, e nisso o autor supracitado faz menção e concorda com a visão de Atria (2004), sobre a qual há uma dissociação do direito na medida em que a judicialização da vida leva a uma transmutação da luta política (coletiva) em luta jurídica (individual); o aumento das ações individuais somadas à mobilização da sociedade com vistas ao problema da ausência de uma política de medicamentos gratuitos para pessoas com HIV, faz com que se criem as primeiras normas específicas para o tratamento da doença, como a instituição da Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996, a qual dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Por isso,

Nesse aspecto, pode-se observar a dimensão coletiva do direito na medida em que a politização dos reclamos sociais referentes ao tratamento da AIDS foi responsável pela concretização do direito à recuperação da saúde dos pacientes soropositivos, assegurando-lhes o *máximo possível* prometido constitucionalmente (DANIELLI, 2018, p. 61).

Todavia, a realidade da ausência de determinadas políticas que, à época da luta das pessoas com HIV, justificava a provocação do Poder Judiciário para pleitear determinados direitos, expressa-se de maneira diferente nos dias atuais, uma vez que, com base no que já foi abordado anteriormente, a CF/88 consolidou a ampliação dos direitos sociais. Na cena contemporânea, contamos com serviços sociais regulamentados e organizados por legislações que refletem em princípios universalizantes, porém se persistem as mesmas justificativas: a falta e/ou escassez no acesso, como se estes serviços não existissem assim como outrora. Quais as causas desse cenário?

Malgrado a necessidade de se discutir todos os conceitos debatidos anteriormente, os quais são fundamentais para contextualizar as diversas perspectivas na análise da judicialização da saúde, tais quais os princípios do mínimo existencial, da reserva do possível e da razoabilidade e como esses entendimentos estão presentes de maneira distintas na composição bibliográfica a respeito do tema, é fundamental não perdermos de vista um aspecto central que sustenta nosso argumento de que a judicialização é uma expressão imediata da ofensiva neoliberal, que é a gestão das políticas sociais sob os moldes do capitalismo.

Ainda que reiteremos a importância e a luta na construção dos direitos sociais disseminados por intermédio das diversas políticas sociais, estas são organizadas sob a lógica fundamental desse modo de produção: a manutenção das desigualdades sociais e não sua superação. Portanto, embora a cidadania nesse contexto tenha se expandido e generalizado

[...] no modo de produção capitalista, concretizá-la significa lutar permanentemente contra um problema que lhe é intrínseco: a divisão da sociedade em classes impõe diferenciações e acessos e usufrutos, submetendo o universalismo jurídico à lógica do mercado. Assim, há cidadãos mais bem atendidos que outros (PEREIRA, 2008, p. 106).

Verifica-se que, na cena atual, tem sido cada vez mais comum essa recorrência ao Poder Judiciário para a resolutividade da ineficiência e/ou falta de efetividade das políticas públicas de saúde, evidenciando um uso excessivo dessa estratégia, enquanto alternativa concreta de conseguir a demanda pleiteada. Tal fato denota não somente problemas de ordem orçamentária para o Estado, mas reflete um caráter superficial no trato das deficiências da política de saúde,

uma vez que a judicialização não consegue superar as contradições estruturais que estão por trás da atual crise do SUS, a qual associamos ao projeto de contrarreforma do Estado, como já destacado anteriormente. Sobre este aspecto, Sierra (2011, p. 4) destaca “o neoliberalismo e a consequente destituição dos direitos sociais como agravantes ao processo de judicialização. Nestes termos, a demanda por proteção social, que tem engrossado os processos no Poder Judiciário, identifica-se como a judicialização da questão social”.

A questão social, como expressão das desigualdades sociais na sociedade capitalista, aprofunda-se no contexto neoliberal e atinge o conjunto das políticas sociais, cujas respostas podem ser variadas. No caso da saúde, o crescente fenômeno da judicialização aparece como a ponta do iceberg na problemática da redução de direitos na política de saúde, porém, ao submergir mais profundamente no assunto, verifica-se que o problema é uma expressão aparente e superficial ante os aspectos estruturais que estão em volta do contexto de crise do SUS.

Como aponta Baptista *et al.* (2009), através deste cenário, verifica-se que há uma ampliação da atividade jurídica face às deficiências da administração pública na condução da política de saúde, com a responsabilização do Estado enquanto garantidor dos direitos à saúde na rede pública; no entanto, o risco que se corre com esse movimento é atribuir à via judicial a principal alternativa para se ter acesso a um direito social de cidadania.

Diante do cenário cotidiano de redução e violação de direitos, aquela alternativa cuja recorrência deveria se resumir a casos excepcionais, que após outras tentativas, tornar-se-ia indispensável a recorrência à esfera judicial, acaba sendo um mecanismo rotineiro para o acesso à política pública de saúde. Desta maneira, há “um risco de disfunção do sistema ao se desenvolver a via judicial como principal meio para garantir acesso, com o Poder Judiciário configurando-se como mais uma porta de entrada no sistema, descaracterizando as bases teóricas e conceituais amplamente discutidas sobre o acesso ao SUS” (RAMOS *et al.*, 2017, p. 20).

Um outro aspecto a ser levantado nessa controversa seara, é que a esfera judicial passou a ser amplamente utilizada pelos cidadãos como um espaço que seria a maneira de garantir aquilo que não se conseguiu espontaneamente. Contudo, em muitas situações, nem mesmo esse mecanismo tem garantido a efetividade dos serviços e insumos de saúde, visto que em contraponto às necessidades imediatas dos pacientes, algumas ações judicializadas, ainda que tenham sentenças favoráveis emitidas pelos operadores do direito, não são rapidamente efetivadas pelo Estado, fazendo com que haja um ciclo que, repetidamente, leva o usuário da

política ao mesmo lugar: a falta de efetividade dos direitos. Com relação à morosidade do sistema judiciário na resolutividade das demandas, dentre as inúmeras consequências, Sadek (2014, p. 62) salienta que

A lentidão acaba por minar a confiança no Poder Judiciário e por provocar impactos que extrapolam o âmbito individual, atingindo a sociedade como um todo. [...] Para o cidadão comum, os reflexos da morosidade são nocivos, corroendo a crença na prevalência na lei e na instituição encarregada da sua aplicação. Repete-se, com frequência, que a lei não vale igualmente para todos e que os processos permanecem por um longo tempo nos escaninhos do Judiciário, afetando indivíduos, famílias, grupos. Desde questões de natureza familiar até eventos abomináveis aguardam por anos e, às vezes, por décadas uma solução.

Para as solicitações relacionadas à política de saúde, as consequências desse processo são inúmeras, desde os agravos de saúde daqueles que não conseguem a resolutividade das demandas com celeridade; o desgaste emocional, diante da incapacidade de melhoria da condição de saúde; e, até mesmo, aqueles casos que evoluem para o óbito, tendo em vista a impossibilidade de não suportar uma longa espera.

Por outro lado, salienta-se que, embora a judicialização seja uma estratégia possível de ser acessada por vários grupos sociais, como os pacientes com menor nível de escolaridade e, conseqüentemente, de informação, estudos (ASENSI, 2013; CAMPOS NETO, 2012; CHIEFFI E BARATA, 2009) apontam que as classes econômicas mais favorecidas possuem mais recursos disponíveis para acessá-la. Sobre este aspecto, Machado (2015) faz uma discussão sob a perspectiva da Teoria de Justiça de Norman Daniels¹⁹, e realiza um levantamento bibliográfico de alguns estudos realizados, no Brasil, destacando a tese de que “a judicialização é um movimento das elites econômicas brasileiras, pois os que têm acesso ao Poder Judiciário são os cidadãos com poder aquisitivo e com formação educacional” (MACHADO, 2015, p. 66). Silva

¹⁹ De acordo com Machado (2015), Norman Daniels argumenta que o desenvolvimento das teorias éticas em geral, que inclui a teoria da justiça, tem por finalidade construir um panorama que possibilite a discussão de importantes crenças morais. Nesse sentido, uma teoria da justiça que envolva o direito à saúde deve levar em consideração as responsabilidades individuais e sociais, bem como incluir a fundamentação teórica e as questões reais. Além disso, o direito à saúde não deve somente ser analisado sob a ótica dos recursos e serviços de saúde, mas deve também abranger outras categorias como renda e riqueza, educação, participação política, distribuição de direitos e poderes e oportunidade. Norman defende que, para o entendimento das questões da saúde, é imprescindível relacioná-la com as desigualdades sociais e com a justiça distributiva. Sinteticamente, “Norman Daniels, [...] propõe uma reflexão sobre três aspectos em relação às necessidades de saúde: (a) se a saúde possui uma importância moral especial; (b) quando uma desigualdade de saúde pode ser considerada injusta; e (c) como podemos atender às necessidades de saúde se não conseguimos atender a todas as necessidades” (MACHADO, 2015, p. 56).

Júnior e Dias (2016) acrescentam, com base em um estudo cujo objetivo foi avaliar a satisfação dos usuários e a busca da esfera judicial para a resolução de conflitos em Fortaleza/CE, que dos entrevistados, verificou-se uma baixa procura pelo Poder Judiciário; assim, os autores relacionaram esse fato com a baixa escolaridade, bem como a falta de conhecimento dos direitos à saúde por parte da maioria dos sujeitos pesquisados.

Esse entendimento é comungado por Sadek (2014, p. 60), a partir de um levantamento de informações, tanto do Ministério da Saúde quanto da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A autora afirma que a maior parte das pessoas que solicitam internações ou medicamentos junto à justiça possuem nível socioeconômico médio e alto. No Estado de São Paulo, por exemplo, “dois terços das ações judiciais contra o SUS para aquisição de remédios são propostas por pessoas com convênios médicos particulares ou que frequentam clínicas privadas”.

É evidente que os usuários com menos recursos econômicos também acessam à justiça para requerimento de seus direitos, uma vez que é possível acessá-la gratuitamente por meio das Defensorias Públicas. No entanto, em muitas situações, é a falta de conhecimento acerca desses direitos, em decorrência dos níveis culturais, políticos, de renda e etc., que fazem com que as classes subalternas acabem em pé de desigualdade, em relação às classes com maior poder econômico. Diante desse fato, é possível perceber a fundamental atuação do assistente social nos serviços de saúde pública para a defesa dos direitos dos usuários do SUS. Contudo, esse entendimento não é unânime na literatura, uma vez que, conforme discute Oliveira (2017, p.5), “pesquisas [...] têm indicado, de fato, que a grande maioria das ações são iniciadas por Defensorias Públicas, por pessoas com renda até um salário mínimo, com escolaridade média o Ensino Fundamental Completo”.

Ainda em relação aos grupos diversificados, que acessam o judiciário, Terrazas (2010), a partir de um estudo sobre o recebimento de medicamentos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, viabilizados por meio de ações judiciais, parte da tese de que a essência coletiva dos direitos sociais e, em contrapartida, a garantia deles de forma individualizada por meio da judicialização, faz com que haja um tratamento diferenciado entre aqueles que transitam por esse espaço. E o mais grave, essa diferenciação não beneficia as pessoas desprovidas de voz política, mas aquelas que já possuem influência no processo político. Seguindo essa direção,

O Poder Judiciário, pelo menos nos casos em que decide sobre o fornecimento de medicamentos, não exerce o papel de protetor dos direitos e interesses dos grupos e indivíduos desconsiderados no processo político. Em regra, as

peças que se beneficiam pela “atuação” do Poder Judiciário são as mesmas ouvidas e consideradas nas decisões políticas (TERRAZAS, 2010, p. 99)

De maneira geral, o que pretendemos discutir prescinde do fato de tornar a judicialização da saúde uma instância de poder desnecessária, ou mesmo esvaziada de sentido, pois essa estratégia ainda se configura enquanto possibilidade real de que usuários da política de saúde tenha alguma garantia ante a ingerência do Estado. Também não pretendemos atribuir a ela um caráter simplesmente negativo, mas evidenciar as várias interfaces em torno do tema, para evidenciar o quanto tem sido exagerado o seu uso, no que tange à busca de efetivação de direitos já pré-estabelecidos em outras referências jurídicas, bem como endossar o debate acerca daqueles aspectos que estão na raiz desse fato, cujo fundamento ancora-se na nova forma de gestão das políticas sociais realizadas sob o bojo do neoliberalismo.

Essa preocupação reside no fato de que, diante dos argumentos levantados, a judicialização tem demonstrado já seus sinais de esgarçamento, de maneira que nem o Poder Judiciário consegue impor ao Poder Executivo o cumprimento de suas responsabilidades ante a famigerada justificativa da escassez dos recursos, tão presente nos Estados capitalistas. A partir disso, ensejamos algumas alternativas que são entendidas na literatura enquanto estratégias que possibilitam o uso comedido da judicialização da saúde, mas não como uma forma de controle puramente, e sim como mecanismos que privilegiam o direito à saúde sob a perspectiva de ganhos para a coletividade, com pretenso objetivo de se priorizar os direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos²⁰.

Uma dessas alternativas, defendida por Danielli (2018), é a coletivização das demandas individuais por meio da Ação Civil Pública na área da saúde. A Ação Civil Pública (ACP) foi regulamentada pela Lei 7.347 de 24 de julho de 1985 e tem por objetivo proteger bens que se referem à coletividade, como danos causados ao meio-ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico; nesse rol é compreendido também os direitos difusos, coletivos e individuais homogêneos. O autor defende que “a ação

²⁰ Para Danielli (2018 *apud* DIDIER JR.; ZANETI JR, 2012), os direitos difusos, também conhecidos como transindividuais, possuem como titulares pessoas não individualizáveis (sujeitos indeterminados) e não necessitam de relação jurídica precedente, pois o que os liga são as circunstâncias de fato. Assim, a coisa julgada decorrente da procedência da sentença possui efeito sobre todos de maneira idêntica. Exemplo: ofensa ao meio ambiente. Os direitos coletivos são aqueles materializados quando há direitos transindividuais, de natureza indivisível, em relação a determinado grupo, classe ou categoria de pessoas, havendo a necessidade de haver uma relação jurídica preexistente à lesão. E, por sua vez, os direitos individuais homogêneos são uma categoria dos direitos coletivos, que se relacionam ao fenômeno da massificação das relações jurídicas, de maneira que o direito individual acaba tendo uma dimensão coletiva em razão de sua repetição.

civil pública tem se mostrado, na conjuntura atual, forte instrumento na concretização do direito à saúde, especialmente em um contexto no qual até mesmo as políticas públicas já instituídas carecem de cumprimento regular” (DANIELLI, 2018, p.106).

Outros autores também levantam argumentos favoráveis quanto ao instrumento processual da ACP na condução das demandas pelo SUS, como é o caso de Cardoso (2017, p. 64), para o qual não se pode prescindir desse processo a atuação do Ministério Público, pois “em sede de ação coletiva, vislumbra-se que as ações propostas pelo Ministério Público [...] em defesa do *direito difuso à saúde*, poderiam atender, de forma mais ampla, aos requisitos de segurança jurídica e de produção de uma decisão socialmente justa, uma decisão coletiva que não produza mais injustiça”.

Vale destacar que, atualmente, chama a atenção o grande número de organizações e associações formadas por pacientes com doenças raras ou de familiares, como os pais das crianças e adolescentes com determinados diagnósticos, que expressam a organização dos indivíduos para reivindicação de medicamentos não padronizados pelo SUS por meio de ações judiciais coletivas. Essas estratégias de coletivização das necessidades individuais possibilitam uma modificação mais ampla na política de saúde, que possa gerar consequências a longo prazo, como por exemplo, a inclusão de novos medicamentos na RENAME. De acordo com o Observatório de Análise Política em Saúde, a revisão e ampliação da RENAME podem “reduzir a quantidade de solicitações judiciais uma vez que muitos dos novos medicamentos têm uma demanda judicial elevada, caso das insulinas análogas, que estão entre os medicamentos mais judicializados do país”²¹.

Uma outra estratégia levantada por Cardoso (2017, p. 102-103) faz parte do chamado Movimento pela Conciliação, lançado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no ano de 2006, que teve como expressão concreta a criação da Escola Nacional de Mediação (ENAM) e posteriormente, em 2015, a aprovação da Lei de Mediação, Lei 13.140/15. É a criação, conforme previsão do Art. 32 da referida lei, das chamadas Câmaras de Prevenção e de Resolução Administrativa de Conflitos no âmbito da Advocacia Pública, como o é a Defensoria Pública. Assim, “tais câmaras, com composição e funcionamento a serem estabelecidos por regulamento de cada ente da federação, possuem competência, dentre outras, para avaliar *pedidos de resolução de conflitos, por meio de composição no caso de controvérsia entre*

21

Disponível em:
<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/e607ae373d8892945fedc9dc984355a5/1/>.

particular e pessoa jurídica de direito público. A Defensoria Pública do Estado de Sergipe já conta com o funcionamento da referida Câmara, como veremos adiante.

A esse processo de pensar as instituições jurídicas, como Ministério Público e Defensoria Pública, na busca pela efetivação dos direitos e das políticas públicas em resposta alternativa à centralidade do juiz e, conseqüentemente, judicialização de demandas, Asensi (2010, p. 50) define como *juridicização da política e das relações sociais*. Para o autor,

Num contexto de juridicização, é possível afirmar que as demandas são discutidas sob o ponto de vista da sua institucionalidade jurídica, embora não se procure levá-las a um contexto litigioso judicial. A ideia de juridicização da saúde propicia a consolidação de respostas concretas às necessidades relacionadas a este direito por intermédio da constituição de uma vontade comum, que é pactuada a partir da convergência de diversos saberes e práticas. Isso reconfigura e tensiona a própria perspectiva de judicialização das relações sociais e ressalta, de forma bastante inovadora, as atuações extrajudiciais também como estratégias adotadas pelas instituições jurídicas.

Dentro dessa perspectiva, podemos falar também do papel ativo dos Conselhos de Direito, como o Conselho de Saúde, enquanto espaço privilegiado de correlação de forças que possuem a capacidade política de contribuir para a consolidação dos direitos delineados na política de saúde dentro do contexto do SUS. Sobre a participação dos Conselhos de Saúde como estratégia que contribui para o fortalecimento e defesa do SUS, e a conseqüente diminuição da judicialização, trataremos no capítulo seguinte.

2.3 ANÁLISE DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PELOS ASSISTENTES SOCIAIS: PERCEPÇÃO E FATORES

O método de análise que fundamenta a pesquisa permite o movimento de aproximações sucessivas com a realidade objetiva cuja dinamicidade considera o objeto de estudo não em perspectiva de linearidade ou evolução. Nesse sentido, apresentaremos já nos itens a seguir (2.3.1 e 2.3.2) alguns resultados e discussões em torno de duas questões que estiveram presentes no instrumento de coleta de dados, que correspondem tanto a percepção dos assistentes sociais acerca da judicialização da saúde, quanto aos fatores que contribuem para tal processo.

2.3.1 Percepção dos assistentes sociais acerca da judicialização da saúde

O item referente à percepção dos sujeitos da pesquisa quanto ao processo de judicialização da saúde teve como pergunta norteadora: “O que significa a judicialização da saúde para você? ”, e objetivou analisar qual o entendimento dos assistentes sociais em relação à temática, visto que ante a violação de vários direitos à saúde, tal processo tornou-se um caminho alternativo para que os usuários pudessem reivindicar seus direitos no SUS e que, cada vez mais, tem sido rotineiro no cotidiano da política de saúde. Por outro lado, também compreendemos ser importante perceber qual o posicionamento dos assistentes sociais diante desse contexto, cuja análise realizada no capítulo dois evidenciou que se trata de um tema controverso.

As percepções relacionadas pelos assistentes sociais em resposta ao item identificam dois principais grupos de respostas. O primeiro (23,5%), situa a judicialização da saúde como um mecanismo de garantia de direitos diante das limitações das políticas públicas, conforme as falas que se seguem:

Eu acho que é a forma utilizada muitas vezes pelas famílias pra garantia de direitos, de qualidade de vida, de saúde. E eu acho que é o momento onde já não encontra mais outro sentido, não tem outro suporte, e que as pessoas vão buscar pra poder realmente resolver sua situação, e ter garantido o que ela tá propondo! [...]. Então, a forma muitas vezes que essa família busca, que não é garantida através de políticas públicas é através da justiça (E-1).

[...] Em relação à judicialização, seria a garantia de todos os direitos, dos acompanhantes, das pacientes, e até os nossos também, entendeu? Mas, pra mim, seria a garantia dos direitos, eles serem respeitados! (E-5).

Acho que seria como o próprio nome já diz, judicializar, torná-la questão mesmo de direito. Judicializar tá relacionado à lei. Então seria realmente a concretude do que tá previsto na legislação, no SUS, nas demais legislações que regem essa questão da saúde (E-13).

O segundo grupo (41,1%), que corresponde a maioria dos entrevistados, compreende a judicialização da saúde como um processo que evidencia a negação do acesso ao SUS, haja a vista que o direito à saúde já é garantido no amplo leque da legislação que regulamenta a política de saúde no Brasil. Coadunamos com esse entendimento, uma vez que a reivindicação de direitos por meio do Poder Judiciário se expressa, em sua forma mais aparente, como uma atividade que embora traga a possibilidade de concretizar um direito que foi negado, também demonstra, cada vez mais, o não cumprimento das leis que regem o direito à saúde:

A partir do momento que assim, que o cidadão é negado o acesso ao serviço, então assim, a última alternativa dele. Porque assim, tem tantas vezes que o paciente vai atrás de um serviço e o próprio sistema de saúde não efetiva, não é capaz de atender efetivamente esse direito aí. (E-8).

É o processo que o paciente faz pra poder ter acesso ao que lhe é de direito e não tá sendo cumprido. É a via que vem através de ordem judicial pra que a pessoa possa tá acessando o que tá escrito em lei e não tá conseguindo através do SUS (E-9).

É a busca de um direito negado! Quando você judicializa alguma coisa, você tá buscando um direito negado! (E-12).

É exatamente isso, é quando o paciente não consegue ter acesso ao que precisa. [...] Por lei seria dada pelo Estado, e não consegue ter esse acesso. Diante dessa violação ele tem que judicializar pra ter acesso ao direito que já é garantido por lei (E-14).

Então, a judicialização ela se dá quando um direito do usuário ele não é efetivado. Apesar de todas as indicações, de todas as prescrições médicas, indicações médicas e aí geralmente os usuários eles tentam de forma administrativa. É quando vem todo um processo burocrático e de negação mesmo de direitos por parte do Estado, e aí é que ocorre, é necessário a judicialização (E-16).

A judicialização da saúde enquanto caminho alternativo para se concretizar a proteção social e os direitos que dela provêm, advém de um processo mais amplo da reorganização do Estado brasileiro que, desde a década de 1990, vem sofrendo ajustes decorrentes da subordinação do país aos organismos e agências internacionais. Para Sierra (2011), em decorrência desse processo, os governos passam a alegar a inviabilidade da efetivação dos direitos garantidos constitucionalmente diante da explosão das demandas sociais, cujas medidas para responder a esse processo não ocorrem no sentido de melhorar o atendimento dessas demandas, mas, ao contrário, de liquidar os sistemas de proteção social. Assim, “em grande parte o fenômeno da judicialização das políticas públicas pode ser compreendido a partir desta contradição que expressa, por um lado, a existência de uma inflação de direitos, mas que, por outro, degrada a proteção social” (SIERRA, 2011, p. 257).

Para o assistente social, compreender a judicialização e suas implicações para a política de saúde é fundamental e necessariamente urgente, pois trabalhamos, majoritariamente, dentro dos sistemas de proteção social desenhados por meio da operacionalização das diversas políticas públicas, bem como na perspectiva da garantia dos direitos de cidadania. Apesar desse imperativo, vale pontuar que um profissional (5,8%) envolvido na pesquisa demonstrou não ter entendimento sobre o tema, como podemos inferir com base na fala que se segue:

Eu não sei nem, é como é que eu posso dizer assim... Importante a gente sabe...Que a importância que dá, mas lhe dizer bem eu não vou saber lhe responder essa pergunta não. Como assim... cê tá falando?! [...]. Você tá falando assim dos usuários? É importantíssimo isso aí na vida deles, até porque a gente aqui tenta facilitar a vida deles o máximo possível pra eles não sofrerem tanto adiante (E-7).

Diferentemente, alguns profissionais (17,6%) demonstraram uma compreensão mais aprofundada sobre a judicialização da saúde, problematizando inclusive alguns aspectos, os quais levantamos como pontos controversos nas análises anteriores, como a resolutividade pontual dessa estratégia ante um problema estrutural da referida política, o qual não “zera” as demandas pleiteadas; a negação do direito ao SUS mesmo em face da sua legitimidade enquanto lei; e a relação individual *versus* coletivo presente em toda a discussão envolvendo o tema.

Eu entendo como sendo uma fragilidade, inclusive, sendo uma ausência do próprio Estado [...]. Mas a maioria dos casos, infelizmente, diante dessa ausência, diante dessa desestruturação da saúde, aí justifica porque é uma forma de tentar realmente... e mesmo assim, ele sendo judicializado, você vai perceber que, como é uma demanda muito grande, também vai continuar sendo desassistido (E-2).

Eu tenho dois pontos de vista com relação a isso. A judicialização da saúde é você buscar através da justiça o acesso à um direito, ponto. Só que quando isso acontece perante a justiça é um momento individual, paciente e justiça, e o direito é concedido individualmente. Muitas vezes, esse paciente que tem acesso através da justiça tá burlando uma fila, [...] tá indo unilateralmente, mas é um direito que lhe cabe. [...] Eu tinha pacientes de 60 dias aguardando uma vaga, aí aquele que entrou com uma semana, entrou na justiça e pulou essas 20, enquanto aquele que tava aqui esperando teve que esperar, porque não tinha condições de assumir um advogado, não tinha orientação correta de fazer a busca judicial [...]. Você tinha a ação individual do sujeito, mas a justiça em si deveria ter uma ação coletiva ao Estado! Peraí, porque que essa pessoa tá vindo aqui pedir se é um direito e um dever do Estado e não tá acontecendo? Mas isso não acontece! (E-10).

Na realidade assim, judicializar aquilo que o usuário já tem por direito garantido pelo Sistema Único de Saúde é assim, ao meu ver, é uma situação de fragilidade até do próprio sistema [...] de garantir ao usuário todo o tratamento que ele deveria ter no sentido de recuperar sua saúde na sua totalidade [...]. Então assim, a judicialização a gente sabe que é necessária, mas ao mesmo tempo a gente percebe que o Sistema Único já deveria garantir o tratamento na sua totalidade! (E-17).

Em relação à última fala em que está presente a relação contraditória e complexa entre direito individual *versus* direito coletivo, concordamos com o entendimento de Setúbal (2013), que a seu ver, embora o Poder Judiciário seja fundamental para o cumprimento da lei enquanto obrigação ética e legal dos direitos positivados, essas garantias têm acontecido através de ações

individuais e o que se levanta é: até que ponto a importância do Judiciário se contrapõe à responsabilização do Legislativo e do Executivo para a garantia desses direitos? Ou seja, qual dos poderes seria o mais “influyente” a ponto de obrigar que outro Poder cumpra com suas responsabilidades?

Além dessa sobreposição de responsabilidades, a autora acima ressalta que as políticas públicas abrangem muito mais do que os três Poderes operam sobre elas, pois relacionam-se com contextos macroestruturais como as lutas e os sujeitos históricos envolvidos. Nesse sentido, “o processo de judicialização pode vir a descaracterizar a questão enquanto um processo coletivo, que está enraizado na luta de classes e o acesso ao Poder Judiciário nem sempre é percebido como parte do processo político democrático” (SETÚBAL, 2013, p. 106).

No caso dos profissionais entrevistados no hospital de urgência mental (11,7%), foram levantadas algumas especificidades em relação aos processos judiciais envolvendo as internações compulsórias. Segundo o artigo 6º da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, existem três tipos de internações psiquiátricas: internação voluntária, aquela que se dá com o consentimento do usuário; internação involuntária, aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e internação compulsória, aquela determinada pela Justiça.

Foi destacado pelos profissionais da referida instituição a importância da judicialização da saúde como possibilidade para se conseguir leitos de internação psiquiátrica no caso das internações compulsórias, mas foram levantados alguns pontos negativos com consequências para os usuários da rede de atenção psicossocial, de acordo com as falas abaixo:

Há casos que beneficiam o paciente, mas assim, tem outros casos que traz um certo transtorno pra gente, como determinação de período... isso é a médica, o médico que vai tá avaliando [...]. E aí acaba paciente permanecendo aqui, já apresentando quadro de saúde estável, podendo ser acompanhado em uma outra unidade de saúde, e ele permanece aqui por alguns dias ou meses. **Que muitos casos acontece assim, da justiça não ter um bom entendimento em relação à área da saúde, da psiquiatria, e acaba que coloca assim: o paciente tem que ficar durante seis meses hospitalizado** (E-3).

Eu tenho recebido muita solicitação judicial aqui pra internação compulsória, [...] infelizmente, **diante dessa ausência, diante dessa desestruturação da saúde, aí justifica porque é uma forma de tentar realmente... e mesmo assim, ele sendo judicializado, você vai perceber que como é uma demanda muito grande, também vai continuar sendo desassistido.** [...] Pacientes álcool e droga, do estado todo são dez leitos somente, então você imagine a quantidade... e aí enquanto os dez estão ocupados, porque tem todo um processo, [...] eles vão ter que recorrer. Em uma internação comum talvez

levaria de 30 a 45 dias, mas em uma internação judicializada, às vezes, o próprio juiz já determina um prazo mesmo ele entendendo que quem vai determinar, digamos assim, é o médico por conhecer [...], mas infelizmente a gente tem sofrido com isso também. (E-2).

Dentre os aspectos negativos levantados pelos assistentes sociais acima, está a pontualidade dos processos de judicialização da saúde, uma vez que embora alguns usuários tenham garantido seu direito às internações psiquiátricas, por exemplo, inúmeros outros permaneceram em desassistência. Isto decorre do fato de ser ainda insuficiente o investimento na rede de atenção psicossocial, e principalmente, para as pessoas que desenvolvem transtornos mentais em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, e que já vivenciam inúmeros processos de estigmatização social.

Além disso, podemos compreender que tal fato fere o princípio da equidade²² preconizado pelo SUS, uma vez que a igualdade no atendimento aos usuários, de acordo com suas necessidades, torna-se limitada àqueles que conseguem acessar ao serviço por via judicial, havendo assim uma distância entre o direito formal e o direito material. Essa última relação torna-se uma característica cada vez mais presente na sociedade capitalista ante o aprofundamento da exclusão social e a incapacidade de cobertura dos serviços públicos.

Assim, gostaríamos de provocar uma breve, porém necessária discussão, acerca da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destacando que apesar da necessidade de internações em hospitais de urgência mental, em algumas situações específicas, desde a década de 1970, também em compasso com o Movimento da Reforma Sanitária, surge no Brasil o processo de Reforma Psiquiátrica, sendo que um dos principais objetivos era a superação do modelo de assistência para as pessoas com transtornos mentais centrado nos hospitais psiquiátricos. Um dos marcos da Reforma Psiquiátrica no Brasil é a aprovação da Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, que "redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, [e] dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais" (BRASIL, 2005, p. 8). Um outro avanço

²² É importante destacarmos que o princípio da equidade assume diferentes perspectivas de análise, de acordo com o modelo de sociedade que referenda sua discussão. As bases conceituais desse princípio decorrentes do pensamento liberal relacionam-se ao de justiça social, e inicialmente limitam-se a considerar o papel do Estado somente na reparação de injustiças, mas sem a distribuição de bens, a qual será determinada pelas capacidades e talentos individuais. Na evolução dessas análises, alguns teóricos do liberalismo incorporam os interesses coletivos bem como a preocupação com a diminuição das desigualdades através de políticas de distribuição de discriminação positiva direcionadas aos menos favorecidos (PORTO, 2002). Apesar desse caráter evolutivo, a equidade enquanto princípio que leve em consideração as desigualdades de cada sujeito, tem sua aplicabilidade prática limitada ante as contradições imanentes à sociedade capitalista.

significativo para o tratamento das pessoas com transtornos mentais foi a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio da Portaria GM/MS 336/2002, como serviços alternativos ao tratamento asilar em hospital psiquiátrico, com linhas de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Compreende-se que o tratamento das pessoas que realizam uso abusivo de álcool e outras drogas e, por consequência, desenvolvem transtorno mental, possui outras possibilidades terapêuticas, como o atendimento desenvolvido pelos próprios CAPS. Porém, o subfinanciamento para abertura e funcionamento desses espaços compromete a Rede de Atenção Psicossocial e, por conseguinte, o leque de possibilidades de tratamento para estes usuários. Em decorrência desse processo, há um escoamento dessa demanda para os serviços de urgência mental que acabam tornando-se um “gargalo”. Esse movimento pode ser evidenciado no município de Aracaju-SE, quando se verifica que a capital apenas disponibiliza um CAPS AD III²³. Um entrevistado descreve esse processo:

Por exemplo, em Aracaju os CAPS de transtorno ainda a gente consegue, mesmo com algumas dificuldades, mas a gente consegue. Mas o AD mesmo a gente praticamente nem conta mais, porque é muito difícil [...]. O CAPS não tem mais suporte pra essa quantidade toda também, porque é um CAPS pra Aracaju todo, na verdade são dois, só que um é pra infanto-juvenil, e o outro é pra adultos. Então você imagine Aracaju todo ...E assim, é uma demanda de uma vulnerabilidade muito grande, porque normalmente são pacientes que, em alguns casos, encontram-se em situação de rua, cometem algum delito, fazem uso; às vezes, a própria justiça já encaminha pra poder desafogar o sistema prisional [...] E aí os serviços vão ficando sobrecarregados, não tem pra onde, digamos que, reencaminhar ou encaminhar um acolhimento realmente como deve ser feito, aí é onde se busca o apoio na justiça (E-2).

Embora não seja foco deste trabalho, vale destacar que a Política Nacional de Saúde Mental tem sofrido sérios rebatimentos no governo do atual presidente, Jair Messias Bolsonaro, que emitiu a Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, com o assunto “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Dentre os aspectos de retrocessos, a Nota Técnica estimula o retorno dos hospitais psiquiátricos, com incentivos financeiros para custeios de leitos em Hospitais Gerais e Psiquiátricos; o recurso da Eletroconvulsoterapia como possibilidade

²³ Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

terapêutica, ou seja, o uso do eletrochoque para tratamento de pacientes com transtorno mental; e a introdução das Comunidades Terapêuticas²⁴ na Rede de Atenção Psicossocial, também com injeção de alto percentual de recursos, comunidades essas majoritariamente de cunho religioso e com tratamento moralizante para usuários de álcool e outras drogas.

Além disso, um outro elemento verbalizado pelos assistentes sociais atuantes no hospital de urgência mental é a aparente falta de conhecimento do magistrado em relação à saúde mental e aos processos que decorrem das internações dos pacientes com demandas psiquiátricas. Para os entrevistados, alguns juízes fazem determinações fixando prazos de internações que, na verdade, devem ser avaliados individualmente, de acordo com as especificidades de cada usuário do serviço, levando-se em consideração não apenas os aspectos físicos das pessoas em sofrimento psíquico, mas também as variáveis sociais, culturais, familiares, etc., cuja avaliação cabe a equipe multiprofissional-responsável pelos atendimentos.

Dessa maneira, verificou-se a importância e necessidade de os assistentes sociais inseridos na política de saúde, e mais especificamente na rede de atenção hospitalar, possuírem um conhecimento mínimo sobre a judicialização da saúde, uma vez que devemos considerar que esse processo é mediado pela própria questão social, categoria que ocupa centralidade no campo das políticas sociais e, portanto, no trabalho do assistente social. Ademais, é fundamental compreender, buscando respaldo em Souza (2006), os processos de despolitização, individualização e particularização das expressões da questão social ao adequar os conflitos à esfera do direito normativo, visto que a questão social não está relacionada a um contexto específico, mas a uma conjuntura maior, o contexto sócio-histórico brasileiro.

2.3.2 Fatores que contribuem para o processo de judicialização da saúde

A segunda questão da entrevista, “Quais os fatores que contribuem para o processo de judicialização da saúde?”, teve como objetivo verificar junto aos assistentes sociais envolvidos na pesquisa sobre o entendimento deles acerca dos determinantes que constituem o cerne da problemática envolvendo os processos judiciais por demandas no SUS.

²⁴As comunidades terapêuticas são instituições de cunho privado que preconizam o tratamento de usuários de álcool e outras drogas por meio da retirada desses pacientes do seu convívio social e através da abstinência do uso dessas substâncias. O modelo de cuidado desenvolvido nas comunidades terapêuticas possui caráter moralizante, uma vez que a religião é uma das principais estratégias no tratamento. O governo Bolsonaro, no início de seu mandato, pactuou o repasse anual de aproximadamente R\$ 154 milhões de reais para essas instituições, valor que é quase igual aos R\$ 158 milhões gastos anualmente com os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) espalhados pelo país.

Além de constituir um dos objetivos específicos do estudo, uma das hipóteses norteadoras da pesquisa é que a judicialização da saúde, cuja expressão imediata se dá pela falta e/ou insuficiência dos direitos ao SUS, é uma consequência direta da ofensiva neoliberal que tem como estratégia ante as políticas sociais a redução dos investimentos em detrimento da política econômica. Nesse sentido, o questionamento possibilitou avaliar as contextualizações realizadas pelos assistentes sociais entre seus espaços de trabalho e a política macroeconômica e social.

Verificou-se que, embora os assistentes sociais tenham problematizado as consequências dos fatores que contribuem para o processo de judicialização da saúde, não mencionaram as causas desse processo, cuja base, ao que se compreende na pesquisa, sustenta-se na relação entre política de saúde e neoliberalismo no bojo do Estado capitalista. Percebeu-se que o primeiro grupo de respostas (47,0%) foi bastante heterogêneo quanto aos elementos levantados pelos profissionais como condicionantes da judicialização da saúde dentre os quais: a ausência de garantia de direitos; a desassistência ao usuário e a insuficiência do atendimento na rede; e demora nos atendimentos e a falta de verbas para a saúde, como podemos observar nas falas que se seguem:

Eu acho que é quando a realidade, os direitos deixam de ser garantidos, e aí a população já não encontra nas entidades que deveriam prestar determinados serviços, ou dar determinado suporte nas políticas públicas, aí eles vão buscar através da justiça (E-1).

A desassistência mesmo [...]. Vou citar muito a realidade da saúde mental, [...] porque é onde a gente mais recebe [...] Aí a gente referencia ao CAPS, aí quando você chega no CAPS a equipe tá reduzida, o médico tá em greve, aí já começa essas fragilidades... (E-2).

Talvez em relação à grande demanda de pacientes psiquiátricos, e no estado a gente ter só um hospital [...]. E também, infelizmente, hoje assim, a gente vê que tudo no papel é lindo, mas na prática é bem diferente. Então, hoje os CAPS não estão tão estruturados pra fazer esse atendimento do paciente, o paciente acaba entrando em crise e precisando de um internamento. E a quantidade de leitos não é suficiente pra atender a todos. Então, a família de uma certa forma procura a judicialização justamente por causa disso (E-3).

Eu acredito que é a falta dos direitos! Acaba com que as pessoas contestem a partir do momento que elas conhecem e sabem que eles não estão sendo garantidos, aí elas reivindicam mais [...]. Reivindicar algo que já era pra existir, pra ser algo comum, mas precisa judicializar pra se tornar prático, pra vir a ser colocado em prática! (E-5).

É... geralmente, quando se judicializa a busca pelo direito à saúde, faltou algo no atendimento desse paciente... (E-12).

Apesar da heterogeneidade nas respostas, outra parte significativa dos entrevistados (35,2%) compreendeu que a judicialização da saúde decorre de problemas relacionados à gestão dos recursos públicos, bem como o desvio de verbas. Acrescentaram nesse processo, inclusive, as relações políticas, cujos interesses divergentes e, por vezes, particulares, geram consequências para a coletividade:

Lamentavelmente, políticas partidárias, elas penalizam muito essa saúde universal, [...] esse sistema único, o SUS [...]. Esse meio é um instrumento favorável, mas para um coletivo e não para um grupo, e principalmente de partidos, onde eu vou privilegiar os meus em detrimento de um coletivo [...]. Passa muito sabe, na minha concepção, muito do gestor! [...] Entender que o papel dele enquanto gestor, ele tá lidando com recurso público, não é dele, é público! (E-6).

Assim, eu acho que o meio político [...] prejudica muito isso. Porque assim, hoje tá um secretário de saúde, ele tem um esclarecimento dessa forma, mas outro já tem outro pensamento [...]. Pra mim, a questão política é a principal, é a política, porque eu acho que sempre, anda e vira, a politicagem tá no meio, e isso atrapalha totalmente o andar do serviço, totalmente (E-8).

Na verdade, a má gestão da saúde pública [...] pois no papel, a teoria do SUS e de todas as legislações que abrange a saúde pública, ela é bem completa, é algo realmente revolucionário no sentido de saúde pública dentro do mundo [...]. Então, termina tendo essa dificuldade, pela questão da má gestão de um todo, não só o desvio de verba não, que acho que é um grande fator (E-9).

Então, a princípio assim, tem toda uma rede desmontada, muito desvio de verba no caminho, e são na verdade um somatório de fatores. Sendo que o desvio das verbas tá bem em questão, todo mundo se fala, todo mundo agora tá até se provando do que existe. Alguma questão administrativa, alguém não tá gerindo bem, porque a gente sabe que em órgão público existe prazos pra licitar, pra chegar (E-14).

Em primeiro de tudo, a questão de gestão mesmo, porque gerir recursos de forma adequada que é o que acontece mais cotidianamente, falta de gestão adequada dos recursos que são disponibilizados pra saúde (E-15).

Eu acho que é a falta de gestão mesmo. É a atenção que não é devida às questões da saúde, e aí tudo que não [...] há aquele investimento adequado na saúde, eu acho que acaba ocasionando um déficit no atendimento às necessidades dos usuários! (E-16).

As relações políticas e, aqui trazemos como expressões desse processo, as organizações político-partidárias, influem fundamentalmente na alocação e distribuição dos recursos públicos, pois conforme aponta Oliveira, 2009 *apud* Salvador (2012, p. 8):

O orçamento [público] não se limita a uma peça técnica e formal ou a um instrumento de planejamento; ele é, desde suas origens, uma peça de cunho

político [...], ou seja, ele serve para orientar as negociações sobre quotas de sacrifício sobre os membros da sociedade no tocante ao financiamento do Estado e é utilizado como instrumento de controle e direcionamento dos gastos [...]. A decisão sobre os objetivos de gastos do Estado e a fonte dos recursos para financiá-lo não é somente econômica, mas principalmente são escolhas políticas, refletindo a correlação de forças sociais e políticas atuantes e que têm hegemonia na sociedade.

Em interface com esses argumentos, Vianna (2008) sublinha que a política social tende a sofrer repercussões de alguns mitos “plantados” pela retórica neoliberal no intuito de enfraquecer o já frágil projeto coletivo de proteção social no Brasil. Entre eles está o mito tecnicista, que é expresso pelo entendimento da seguridade social por meio de relações numéricas e variáveis organizacionais. Nessa análise, ocorre uma despolitização do entendimento da seguridade social, privilegiando-se aspectos essencialmente burocráticos. Na contraproposta desse processo, é fundamental compreender a natureza essencialmente política atrelada aos aspectos técnicos e financeiros que envolvem a seguridade social, posto que:

[...] o ambiente político não é uma variável interveniente, externa; está imbricado ao processo decisório e o condiciona. Mais ainda, não é parte do problema e sim da solução. Embora possa ser apontada com números e gráficos a superioridade, para o funcionamento da economia, [...] elas, enquanto decisões, não resultam de fórmulas científicas imaginadas em laboratório; resultam de escolhas políticas que os governantes fazem limitados (ou não) por das molduras institucionais (VIANNA, 2008, p. 180).

Em contrapartida, 17,6% dos entrevistados mencionaram o Estado capitalista, e, por conseguinte, o neoliberalismo e suas políticas de mínimos sociais como fatores que contribuem para a judicialização da saúde. Na verdade, esses profissionais relacionaram o atual cenário de desmonte das políticas públicas, e mais especificamente, a política de saúde, ao contexto social, político e econômico brasileiro atual.

Por vezes, a gente tem esse retorno das famílias dizendo que tentou e não conseguiu! Que buscou instituições antes de judicializar, e aí é nesse momento que a gente orienta: “Então procure a justiça, já que você fez a busca institucional e não teve resposta... então, a única forma é judicialização!”. **Por conta de toda a situação que a gente vive de um Estado neoliberal, mínimo pra população, máximo pro capital**, a gente vê cada vez mais a diminuição dos direitos, e sim a exigência só dos deveres! (E-10)

Então, esse desmonte mesmo das políticas públicas que por mais que esteja prevista, no SUS e em outras leis há uma disparidade entre o que tá previsto e a prática [...]. Porque esse contexto que a gente vive atualmente do Estado se eximindo de suas responsabilidades, diminuindo verba pra saúde, então isso tudo faz com que as pessoas deixem de ter acesso aos direitos básicos que têm

na saúde [...] **Então, é esse desmonte que tá acontecendo com as políticas, nesse contexto de neoliberalismo, de redução do papel do Estado**, então tá tudo relacionado (E-13).

A falta de investimento, [...] que na realidade acarreta nessa fragilidade. Investimento pra saúde no geral no país, ele não tá sendo necessário pra atingir, pra ofertar na realidade os serviços demandados pela população no geral. **E a gente sabe que isso é fruto do país capitalista, das políticas mínimas mesmo**, e a saúde também não é diferente, os investimentos que se tem (E-17).

Pensamos que o não reconhecimento, por parte da maioria dos assistentes sociais, dos fatores que estão na base da atual crise da saúde pública coloca em risco o próprio atendimento dos usuários da saúde, uma vez que para além de dar encaminhamento às demandas imediatas na saúde, os profissionais de Serviço Social devem ter a capacidade crítica de analisar os aspectos da totalidade social que implicam no conjunto das políticas públicas.

Além disso, evidencia-se um distanciamento por parte da categoria profissional dos conhecimentos teórico-metodológicos, e, por conseguinte, uma fragilização do projeto ético-político uma vez que, de acordo com Teixeira e Braz (2009), este é constituído por três elementos fundamentais: os princípios e valores ético-políticos, a matriz teórico-metodológica em que se ancora e a crítica radical à ordem social vigente. Sem essas prerrogativas, perde-se também o caráter político da profissão que possui potencialidades para a transformação da realidade. Portanto,

[...] podemos afirmar que a judicialização da saúde, enquanto em fenômeno ambíguo, não possui caminhos simples de serem desvelados, mas sua análise se revela de fundamental importância para a prática profissional do assistente social na perspectiva da garantia de direitos (SETÚBAL, 2013, p. 108).

E por que defendemos que a judicialização da saúde é uma expressão do Estado Neoliberal? Como vimos anteriormente, foi a partir da década de 1990, inicialmente com a reivindicação das pessoas vivendo com HIV, que surgiram os primeiros processos judiciais envolvendo demandas coletivas relacionadas à saúde. A reconfiguração política e econômica do Estado a partir desse momento possui rebatimentos para o conjunto da sociedade e, mais especificamente, para a política de saúde. Logo, a judicialização da saúde, cuja expressão mais imediata é a negação do direito ao SUS e, por conseguinte, a falta de acesso aos serviços de saúde, não se trata de um movimento pontual e aleatório, mas que se articula com a conjuntura de redução dos direitos sociais e minimização do papel do Estado ante as políticas sociais no contexto de avanço da ofensiva neoliberal.

Esse movimento está relacionado com o que Guerra (2013) defende no contexto de aprofundamento da crise capitalista e avanço neoliberal, para a qual há uma polarização entre as perspectivas da perda de direitos *versus* o discurso do direito a ter direitos. Isto porque o cenário de crise do capital e o aprofundamento da política neoliberal produzem o esgarçamento das relações sociais, dos vínculos societários e valores coletivos, cujas consequências são, desde a fragilidade da organização dos trabalhadores até a regressão dos direitos sociais, de maneira que seu reconhecimento e afirmação tornam-se uma condição necessária ante os processos de contrarreforma do Estado. No entanto, tais mecanismos reivindicatórios são insuficientes diante da ótica de reprodução do capital, que se legitima através dos processos de privatização, mercantilização e “assistencialização”, limitando o caráter de universalidade dos direitos sociais e reduzindo-os a objetos de solidariedade individual e pessoal.

Desse modo, ainda de acordo com a autora supracitada, o discurso “do direito a ter direitos” encontra-se imbuído na sociedade de classes e, constantemente, está inserido nas práticas profissionais dos assistentes sociais. Contudo, é fundamental compreender que mesmo sendo expressão de conquista da classe trabalhadora, os direitos sociais no capitalismo possuem também a intencionalidade de atuar enquanto instrumento de consenso social e, conseqüentemente, possibilitar os processos de hegemonia e legitimidade da sociedade de classes. Neste sentido,

[...] por se constituir em uma metodologia de controle social, que atua como mecanismos de individualização de conquistas coletivas e psicologização das relações sociais, ainda que o assistente social não tenha consciência, tal procedimento operativo porta a tendência de falsear a realidade na qual os sujeitos usuários das políticas e dos serviços sociais encontram-se inseridos, concorrendo, no mínimo, para a despolitização dos mesmos (GUERRA, 2013, p. 37-38).

Assim, compreendemos que a temática dos direitos sociais deve ser avaliada no campo das relações sociais capitalistas, visto que não é possível pensar em direitos sociais sem colocar em xeque a contradição fundamental existente entre produção da riqueza socialmente coletiva e sua apropriação privada, pois tal relação e suas diversas manifestações estão na base de todas as demais contradições existentes na sociedade capitalista. Em vista disso, pensar a judicialização da saúde sem trazer à tona as expressões do capitalismo, em sua fase atual e seus rebatimentos para o conjunto das políticas sociais, é um risco que os assistentes sociais correm de individualizar as demandas coletivas que surgem no campo da prática profissional.

2.4 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE E A CÂMARA DE LITÍGIOS DA SAÚDE DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE (2015-2017)

Diante do cenário de expansão do processo de judicialização da saúde, o Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Justiça, desde o ano de 2016, tem criado alternativas diversas a fim de conhecer, em dados, como esse fenômeno tem se expressado na realidade brasileira, bem como as alternativas possíveis para a sua diminuição. Dentre essas alternativas, estão a Resolução Nº 238/2016 do Conselho Nacional de Justiça, que dispõe sobre os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário (NAT-JUS), compostos por equipe multidisciplinar da saúde, para elaborar pareceres que subsidiem a decisão dos magistrados; e mais recentemente a criação, pelo Ministério da Saúde, do Núcleo de Judicialização, através da Portaria 2.566/2017, que tem por objetivo,

[...] organizar e promover o atendimento das demandas judiciais no âmbito do Ministério da Saúde, compreendendo como tal as ações judiciais que tenham por objeto impor à União a aquisição de medicamentos, insumos, material médico-hospitalar e a contratação de serviços destinado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

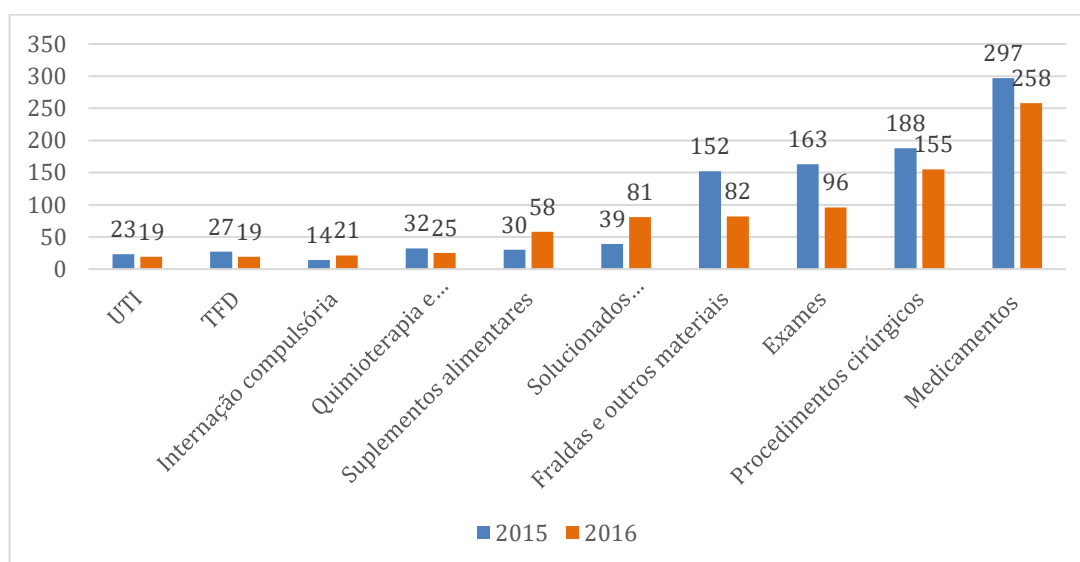
Ambas as estratégias representam uma preocupação cada vez mais crescente do Estado, por meio do próprio Poder Judiciário e do Ministério da Saúde, acerca de um problema que tem se expandido nos últimos anos. Porém, tais estratégias, apesar de possibilitarem a dinamização no atendimento das demandas judiciais relativas à saúde, não são capazes de dar resolutividade a um problema central, que é o equilíbrio entre a garantia do direito dos usuários do SUS e a questão orçamentária do governo em face ao Estado neoliberal. Dessa forma, ainda que o magistrado, por meio desses mecanismo de assessoramento, tenha uma visão mais ampliada sobre a temática, que lhe possibilite uma tomada de decisões em consonância com a heterogeneidade do problema, o cerne da questão continua irremediavelmente “protegido”.

Por outro lado, estratégias como as Câmaras de Prevenção e de Resolução Administrativa de Conflitos, provenientes da Lei de Mediação, conforme discutido anteriormente, têm o potencial de se evitar o excessivo ajuizamento de ações, tendo como alternativa as negociações com o ente público a fim de que os direitos dos pacientes da política pública de saúde possam ser legitimados, correspondendo ao já mencionado processo de *juridicização* em alternativa à judicialização da saúde. Sob a perspectiva desse entendimento, é que trouxemos também o panorama sobre a judicialização da saúde no município de Aracaju-SE, mediante dados da Defensoria Pública do Estado de Sergipe (DPE-SE) entre os anos de

2015 e 2017. Com base nas estatísticas do Núcleo de Saúde da referida instituição, há um significativo número de solicitações envolvendo serviços e insumos de saúde, dos quais a esmagadora maioria seguiu para o processo de judicialização.

As demandas pleiteadas foram: exames, medicamentos, suplementos alimentares, fraldas e outros materiais, internações compulsórias, procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia, leitos de UTI e Tratamento Fora de Domicílio, conforme o Gráfico 1. Verifica-se que o maior número dessas solicitações se refere à medicamentos, que, historicamente, sempre foi a demanda mais requisitada judicialmente, inclusive foi a partir dela, com a luta dos pacientes com HIV, que deu início ao processo de judicialização da saúde.

Gráfico 1 – Estatística do Núcleo de Saúde 2015-2016



(Fonte: Defensoria Pública do Estado de Sergipe 2018)

Em Sergipe, os pedidos judiciais envolvendo medicamentos seguem uma tendência nacional, como apontou a Auditoria²⁵ Operacional Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) sobre judicialização da Saúde, realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2015, cujo objetivo foi identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde. De acordo com o documento, entre os anos de 2013 e 2014, em nove Tribunais de Justiça de diversas regiões do país (Amapá, Distrito Federal, Minas Gerais, Mato Grosso, do Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo), grande parte da demanda judicial relativa à saúde pública esteve concentrada no fornecimento de medicamentos e

²⁵ Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>.

tratamento médico-hospitalar, atingindo mais de 85% do total de processos (AUMENTAM...,2017).

Dentre as demandas elencadas, verifica-se também que, mesmo aqueles insumos que possuem baixo custo acabam sendo encaminhados para os serviços da DPE-SE, como é o caso das solicitações de fraldas, que ocupa o quarto lugar dentre as solicitações. Tal aspecto aponta o demasiado uso da judicialização para resolução de pedidos de menor complexidade além de explicitar o lento processo em tornar direito uma necessidade que é corriqueira e essencial na política de saúde, que é o fornecimento gratuito de fraldas descartáveis. Atualmente, existem duas Portarias que estão em vigor, em relação à dispensação de fraldas para idoso e pessoa com deficiência. Inicialmente, temos a Portaria do Ministério da Saúde Nº 111/2016, que dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), e em seu Art. 21, inciso III, refere sobre a comercialização e dispensação de fraldas geriátricas para incontinência para pacientes idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Posteriormente, é implementada a Portaria Nº 937/GM/MS de 2017, que altera a Portaria anterior tendo em vista ampliar a cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência, as quais não eram contempladas anteriormente. Na verdade, a dispensação das fraldas por meio do PFPB não é gratuita, uma vez que é necessária uma pequena contrapartida financeira por parte dos pacientes para compra a preços populares. Assim, esse insumo pode comprometer uma parcela do orçamento familiar para aqueles pacientes que possuem necessidades contínuas do produto, tornando-se um problema permanente.

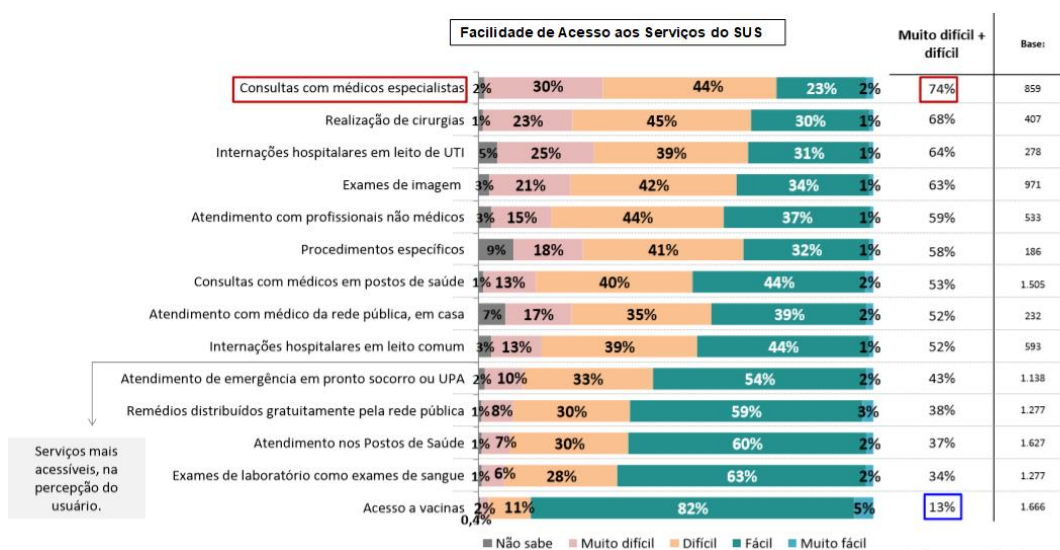
Ao que se percebe, ainda resta um longo caminho para que esse direito possa ser regulamentado, visto que desde o ano de 2011 tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei 328/2011 (e projetos apensados PLs 823/11, 6216/13, 6872/13 e 540/15) que dispõe sobre a obrigatoriedade do fornecimento de fraldas descartáveis tanto para idosos, quanto para pessoas com deficiência. Em dezembro de 2017, a proposta foi aprovada pela Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, mas ainda necessita da avaliação das comissões de Finanças e Tributação, de Constituição e Justiça e de Cidadania da Câmara dos Deputados, até que chegue ao Senado Federal.

Em relação aos itens referentes a procedimentos cirúrgicos e exames (Gráfico 1), os valores são expressivamente altos, ocupando segundo e terceiro lugares, respectivamente, no ranking das demandas. Tal fato evidencia que, mesmo aqueles serviços que deveriam ser “automaticamente” disponibilizados pelo SUS, acabam sendo negados. Além disso, tais solicitações são aquelas que claramente colocam em risco a vida dos usuários da política de saúde, porque, tanto os exames, que servem de suporte para descoberta de diagnósticos e

orientação terapêutica necessária, quanto cirurgias, que são procedimentos mais invasivos e urgentes, quando não realizadas no devido momento levam ao agravamento das condições de saúde dos pacientes.

Os dados da DPE-SE relacionam-se com aqueles apontados em uma pesquisa recente (2018), encomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ao Instituto Datafolha a respeito da percepção dos brasileiros sobre a saúde do país. De acordo com os números observados na tabela abaixo, a realização de cirurgias, de exames de imagem e de necessidade de internação em leitos de UTI aparecem como os mais difíceis de serem acessados no âmbito do SUS. O estudo baseia-se na opinião de 2.087 entrevistados espalhados em 150 cidades nas cinco regiões do país, e a partir do cruzamento dos dados da DPE-SE e da referida pesquisa, pode-se inferir que as demandas judiciais pelos bens e serviços de saúde seguem uma tendência nacional, com demandas que são afins a todas as regiões brasileiras, e apontam, portanto, que a falta de acesso integral ao SUS é um problema estrutural em todo o contexto do país, necessitando de respostas que possam ir além da judicialização.

Gráfico 2 – Facilidade de Acesso aos Serviços do SUS



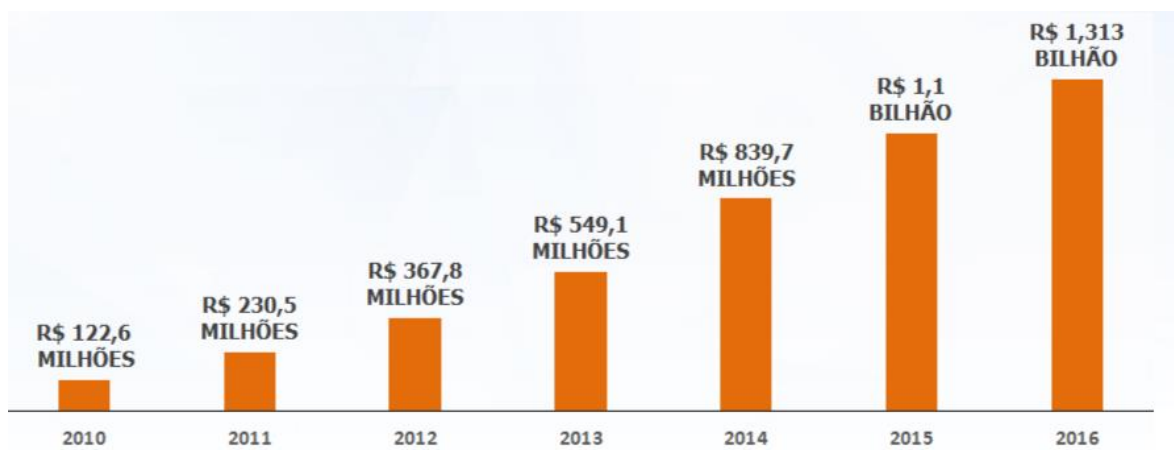
(Fonte: Portal Conselho Federal de Medicina – 2018)

Esses números são ratificados por dados do próprio Ministério da Saúde, que em conjunto com o Poder Judiciário, através da ferramenta E-Natjus²⁶, evidenciam o aumento

²⁶ A plataforma E-Natjus constitui uma ferramenta disponibilizada para os Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário NAT-JUS, que dá “subsídios técnicos para apoiar o judiciário nas decisões relacionadas à saúde em todo o país. O objetivo é fornecer subsídios, com base em evidências científicas, para a solução das demandas analisadas pelos magistrados. Todos os procedimentos e medicamentos que estão incorporados ao sistema no SUS estarão disponíveis e servirão para uma consulta voluntária

exponencial da judicialização da saúde no Brasil nos últimos anos. O gráfico²⁷ a seguir mostra que, entre o período de 2010 e 2016, houve um aumento de 1.010% com ações judiciais envolvendo o SUS:

Gráfico 3 – Valores com ações judiciais na saúde por ano



(Fonte: Ministério da Saúde)

Os dados anteriores evidenciam não somente o crescimento da judicialização no SUS, mas apontam para os problemas estruturais da política de saúde como o seu subfinanciamento, se pensarmos que estes investimentos poderiam ter sido empregados em serviços e insumos que garantissem o funcionamento regular da respectiva política e evitasse assim a esfera judicial para a resolução de conflitos.

Em Aracaju-SE, seguindo a estratégia da estruturação das Câmaras de Prevenção e de Resolução Administrativa de Conflitos, a DPE-SE também implementou sua respectiva Câmara pautando-se no entendimento de que muitas demandas acabavam sendo judicializadas sem a devida articulação e negociação com os entes municipal e estadual, que são os maiores responsáveis pelo fornecimento daquelas solicitações em Aracaju-SE. Nesse contexto, foi constituída a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS), que tem por objetivo solucionar administrativamente aquelas demandas que já seriam judicializadas. O projeto iniciou-se em 2015 com a formação de um corpo técnico composto por profissionais cedidos tanto do município quanto do estado, a fim de que eles atuem enquanto mediadores entre as

do magistrado dentro de sua autonomia”. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41905-cnj-e-ministerio-da-saude-lancam-ferramenta-de-apoio-ao-judiciario-para-acoes-em-saude>.

²⁷ Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/21/CNJ-Funcionamento-NATJUS.pdf>.

solicitações advindas da DPE-SE e os respectivos entes. Por outro lado, somente a partir de 2017, devido ao reduzido corpo técnico e outros suportes, observou-se uma melhora significativa de resoluções administrativas que evitaram o ajuizamento de ações no Núcleo da Saúde, conforme mostra a tabela abaixo:

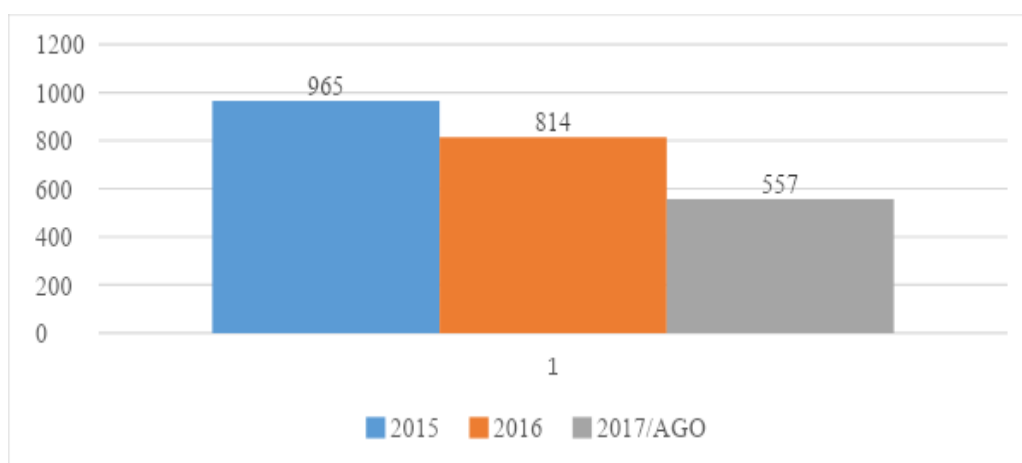
Tabela 1 – Número de Atendimentos e Soluções Administrativas em 2017

2017	Atendimentos	Solucionados Administrativamente	%
JAN	79	36	45,6%
FEV	65	27	41,5%
MAR	56	25	44,6%
ABR	62	28	45,2%
MAI	57	24	42,1%
JUN	55	25	45,5%
JUL	87	26	29,9%
AGO	96	37	38,5%
TOTAL	557	228	40,9%

(Fonte: Defensoria Pública do Estado de Sergipe 2018)

Uma outra característica que pode ser observada na análise dos dados da DPE-SE é que, na avaliação comparativa entre os anos de 2015, 2016 e 2017, observou-se uma queda significativa no número de atendimentos da referida instituição de acordo com o Gráfico 4:

Gráfico 4 – Número de Atendimentos da DPE-SE por Ano



(Fonte: Defensoria Pública do Estado de Sergipe 2018)

Buscando respaldo nessas informações, podemos inferir dois aspectos principais sobre a judicialização em Aracaju-SE. O primeiro é que muitas das solicitações que anteriormente

poderiam ser encaminhadas para a DPE-SE, por negativa dos entes municipal e estadual, já passaram a ser entendidas pelos referidos órgãos como demandas passíveis de negociação, diminuindo, portanto, a necessidade de que os usuários possam ser encaminhados para a Defensoria. O segundo aspecto, enquanto consequência direta do primeiro, é que diminuindo o número de atendimento pela DPE-SE, diminui-se também o fenômeno da judicialização no Estado. Entretanto, nesse segundo aspecto, não é possível saber se no Estado de Sergipe, a judicialização acontece majoritariamente via advocacia pública, logo, os atendimentos da Defensoria representam a maior parte dos processos que poderiam ser judicializados, contrariando o que já foi mencionado anteriormente, de que a judicialização no Brasil é um fenômeno das elites econômicas (MACHADO, 2015); ou se aqui essa demanda provém em maior parte dos escritórios particulares.

Os dados levantados anteriormente traçam, ainda que parcialmente, um panorama que retrata o contexto da judicialização da saúde em Aracaju-SE. Em face deles, não se esgota o entendimento do fenômeno no município, podendo haver a necessidade de outras pesquisas que possam subsidiar a temática. Nessa orientação, tendo em vista complementar esse panorama inicial é que no capítulo a seguir concentraremos a análise sobre a judicialização da saúde pautando-se na percepção dos assistentes sociais inseridos na rede hospitalar pública da capital de Sergipe. Outrossim, alguns dos elementos discutidos por meio da percepção dos sujeitos da pesquisa já foram inseridos ainda no capítulo dois, a fim de enriquecer e dinamizar as discussões em torno da temática, conforme poderemos ver no subitem a seguir.

2.4.1 Estratégias de busca para a efetivação dos direitos em saúde alternativas à judicialização

Assim como no item 2.3, inserimos aqui os resultados e discussões provenientes da entrevista semiestruturada através da questão norteadora de número cinco: “Estas demandas podem ser resolvidas sem a judicialização da saúde, ou seja, existem outras estratégias de busca para a efetivação dos direitos em saúde alternativas a esta e que são mediatizadas pelo assistente social?”. Tal questionamento teve como objetivo analisar a percepção dos assistentes sociais quanto às possibilidades alternativas para a busca do direito à saúde e se estas, de alguma maneira, são mediatizadas pelos assistentes sociais no campo da prática profissional.

A maioria das respostas (47%) demonstrou que é possível lutar pelo direito à saúde dos usuários do SUS por meio, principalmente, da articulação dos assistentes sociais junto à rede de serviços, porém em alguns casos, a única estratégia que resta é a própria judicialização. Para

os sujeitos da pesquisa, em muitas situações, a burocratização do funcionamento da rede condiciona que muitos usuários do SUS busquem a via judicial para fim de encaminhamentos de demandas que poderiam ser resolvidas administrativamente.

Assim, seria muito viável a gente que tá aqui nos bastidores, a gente fica dizendo “Meu Deus, quando a gente faz uma reunião de equipe nossa, interna...seria tão bom se mesmo diante das dificuldades, mas que se encontrasse assim, o estado, o município, e um representante da rede de atenção psicossocial do município, do estado, pra que o judiciário ele entendesse como é que se, como é que se articula. (E-2)

Então, em relação à falta de medicação existe a questão de que, às vezes, muitas vezes a gente (Serviço Social) primeiro tenta gerir dentro do próprio hospital. A questão de fechamento de diagnóstico também pode ser resolvido de forma administrativa antes da judicialização. [...] Outra questão que muitas vezes não chega, daria judicialização, mas a gente termina conseguindo resolver de forma muito mais administrativa é a questão municipal, [...] do deslocamento do paciente, a qual ele, às vezes, não consegue o transporte dentro, então a gente consegue resolver isso administrativamente muito mais do que mandar através da justiça. E a questão do TFD [...], que pacientes que fazem quimio e radioterapia tem direito. Então, às vezes, o município tem dificuldade pra pagar, então a gente consegue resolver isso muito mais rápido, através de forma administrativa, de encaminhamento, contato com a secretaria de saúde, do que judicializar! Já que é garantia de direito, não tá sendo assistido, porém **através [...] de inter-relações do Serviço Social com a Secretaria de Saúde a gente resolve de forma tranquila** (E-9).

Então, a gente articula muito no caso dos municípios, com as secretarias de saúde, com os secretários municipais, porque a gente sempre tenta administrativamente. Quando não se tem uma solução, uma atenção devida ao caso, é que a gente orienta realmente o usuário ao processo de judicialização! Então, (a estratégia) seria a articulação mesmo com as políticas, principalmente a política de saúde! (E-16).

Então assim, as estratégias que a gente utiliza é dentro da própria instituição mesmo de chegar aos responsáveis mesmo pra que o usuário consiga ter acesso ao seu tratamento na totalidade. Então assim, [...] é orientar, é encaminhar, é esclarecer, é articular... Então, quando chega à judicialização é porque [...] já foi tentado dentro da própria unidade, tudo que poderia ser feito num espaço institucional [...]. Geralmente, junto ao município é no pós-alta, [...] tem a articulação com a própria [...] secretaria de saúde do município, no qual o paciente reside (E-17).

Ainda dentro desse primeiro grupo, outros 11,7% dos assistentes sociais consideraram que além da articulação realizada pelos assistentes sociais junto aos entes como possibilidade de se evitar alguns processos judiciais, a recorrência a estratégia da judicialização também é um dos últimos recursos orientados por esses profissionais:

Em algumas situações, a gente consegue, em outras não. Já aconteceu de caso que a gente ligou, acionou o Conselho (Tutelar) e não conseguiu, aí a gente orientou a mãe, até o Conselho apoiou de ir no Fórum, só assim conseguiu, entendeu? Porque assim, outra coisa que eu queria ressaltar, a gente, **os profissionais não querem banalizar essa questão da judicialização, seria uma última instância.** Porque a gente sabe que tem problemas que é muito fácil de resolver, mas dependendo de como o gestor ou o município se porte, às vezes até de negar ao próprio Conselho que é uma instância de proteção, a gente encaminha e até apoia a família que faça isso [...] **Então, não é que a gente coloca isso como uma primeira opção, é a última!** (E-4).

Então, como eu disse, a judicialização seria a última instância, a gente orienta antes e procura, por exemplo, nesses casos, a secretaria de saúde do município onde a pessoa referenciado, a gente primeiro orienta, não já vai dizendo: “Vamos judicializar!”. Orienta, se possível um encaminhamento mesmo pra o usuário levar até lá, com a documentação que ele precisa tentar fazer essa ponte. A gente tenta! Aí alguns casos, quando não consegue a resposta positiva do município, aí a gente orienta judicializar. Seria essa articulação com a rede, intersetorial (E-13).

Na formulação de seus princípios fundamentais, o Código de Ética do Assistente Social de 1993 traz valores como cidadania, democracia, equidade, justiça social e gestão democrática, todos eles com vistas à universalização do acesso aos bens e serviços disponibilizados por meio do acesso às políticas sociais. Dentro da política de saúde, esses princípios são reafirmados quando o assistente social atua no sentido de fortalecimento do SUS e na luta pela sua efetivação e materialização a partir das demandas dos usuários. Assim, conforme destaca Bravo (2007, p. 50):

A implantação e desenvolvimento do SUS no país vem requerendo a atuação do assistente social no processo de (re)organização dos serviços, nas ações interdisciplinares e intersetoriais, no controle social, entre outras demandas que expressam a abrangência do conceito de saúde vigente [ampliado], especialmente nos municípios, que é onde se concretizam as ações e serviços de saúde, buscando fortalecer a perspectiva da universalização do acesso a bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais

Por se tratar de uma profissão eminentemente política, o Serviço Social atua constantemente na luta pela garantia de direitos e, embora o exercício da intersetorialidade dentro das políticas sociais não seja dispositivo restrito e próprio do assistente social, é necessário que a profissão exerça estratégias de articulação com a rede a fim de possibilitar o fortalecimento e a concretização dos direitos dos usuários. Vasconcelos (2012, p. 479-480, grifos da autora) ressalta que:

Diante das características do atendimento hospitalar – tanto hospitais especializados de emergência, quanto maternidades –, a questão central para os assistentes sociais, objetivando superar o apoio e o alívio de tensão necessários também nestas circunstâncias, é priorizar a defesa e realização dos direitos a uma atenção à saúde de qualidade, com referenciamento para unidades de atenção básica [ou demais níveis da atenção à saúde] tendo em vista a continuidade das ações iniciadas e/ou realizadas. Não uma simples “defesa da pessoa”, mas uma defesa dos direitos, que ao mesmo tempo **fortaleça doentes e familiares**, para que, de posse de informações, possam reivindicar, negar, exigir, questionar e fazer escolhas, a partir dos seus interesses e necessidades, contribuindo para uma atenção de qualidade, uma atenção que requer **democratização de informações e orientações indispensáveis e seguras** a respeito da necessidade de continuidade dos procedimentos iniciados, se possível, a partir do referenciamento.

Por outro lado, além da articulação com outros setores da atenção à saúde como estratégia legítima levantada pelos entrevistados, gostaríamos de levantar outras possibilidades que podem ser inseridas no cotidiano profissional dos assistentes sociais.

Nesse sentido, para além das articulações necessárias para a desburocratização dos direitos sociais realizadas pelos assistentes sociais e que são fundamentais para o encaminhamento de algumas demandas as quais, inclusive, evitam o ajuizamento de ações na política de saúde, segundo o relato dos entrevistados, outras estratégias profissionais como o controle social, devem ser igualmente imprescindíveis quando pensamos na consolidação de uma política de saúde pautada nos princípios de universalidade e integralidade, defendidos no bojo da Reforma Sanitária. Conforme aponta Bravo (2008, p. 45):

Historicamente, a categoria *controle social* foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o de participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Julgamos necessário retomar a discussão anterior acerca do controle social, uma vez que na construção do projeto de pesquisa, um dos objetivos específicos, que posteriormente foi retirado, articulava-se ao entendimento de que uma das estratégias para o fortalecimento dos direitos na saúde e, conseqüentemente, a menor necessidade de recorrer ao Poder Judiciário, era o exercício do controle social por meio dos Conselhos de Saúde e, cuja mediação junto aos usuários pudesse ser articulada pelo assistente social.

Vale ressaltar que o controle social não foi considerado na prática profissional dos sujeitos da pesquisa, pois do total de entrevistados, 94,1% não levantaram essa possibilidade

como espaços alternativos de luta que corroboram para os processos de reivindicação do direito à saúde. Na verdade, a prática do controle social não foi mencionada pelos sujeitos da pesquisa, nem a partir da inserção dos usuários, nem a partir da inserção dos próprios assistentes sociais nos espaços de controle democrático.

Embora não tenha sido foco da pesquisa avaliar a participação dos assistentes sociais nesses espaços, nem tampouco identificar se os entrevistados possuíam alguma inserção nos Conselhos de Saúde, consideramos que a articulação da categoria profissional nesses aparelhos possibilita a politização das demandas relacionadas à saúde, pois o foco da atuação não se restringe aos encaminhamentos burocráticos e institucionais requisitados ao Serviço Social. A partir de uma pesquisa sobre a prática profissional dos assistentes sociais na rede de saúde municipal do Rio de Janeiro e sua relação com o projeto hegemônico do Serviço Social, Vasconcelos (2012) identificou que são raros os assistentes sociais que sinalizam sua participação direta nos Conselhos de Saúde. De acordo com a autora, tal fato é um descuido dos assistentes sociais e de todos os trabalhadores da saúde, uma vez que, ao não ocuparem esses espaços, os profissionais abrem mão de tê-los como instrumentos de defesa das conquistas formais, bem como da possibilidade de representação e decisão na elaboração, controle e fiscalização da política pública de saúde.

Em contrapartida, o controle social também poderá ser inserido na rotina dos usuários a partir dos processos de educação em saúde, que são espaços de coletivização das demandas e de discussão dos aspectos que envolvem o processo de saúde-doença, não com orientações meramente relacionadas à saúde em si, ou mesmo aos direitos, porém com o fortalecimento de um projeto coletivo de saúde que estimule os usuários quanto à defesa de uma política social que supere o direito formal, mas que de fato dê encaminhamento às necessidades dos sujeitos. A concretude desse direito coletivo deve perpassar a ocupação de espaços de representatividade e controle a fim de que, na correlação de forças existentes entre os interesses distintos em torno da política de saúde, os usuários tenham centralidade no processo.

Como foi dito anteriormente, apenas um assistente social (5,8%) entrevistado elencou os espaços de informação para os usuários como estratégia desenvolvida pelo Serviço Social alternativa ao fortalecimento dos processos reivindicatórios, ao passo que vê a judicialização da saúde como última possibilidade:

Então, é a população em si [...] não consegue exercer de fato o direito que tem por falta de conhecimento, por falta de acesso à informação. Muitas vezes, eles chegam realmente com aquele discurso no Serviço Social, que vai procurar a justiça, que não suporta, mas depois de um diálogo orientado,

conduzido, informando as instituições às quais ele pode encaminhar, às vezes ele sai sem esse discurso inflamado. [...] Mas o papel do Serviço Social dentro do órgão é orientar os caminhos no intuito de que o cidadão tenha acesso a essas informações (E-10).

Entendemos que os espaços de socialização de informações devem ser realizados pelos assistentes sociais não somente em horários e locais formalmente estabelecidos, pois esta prerrogativa deve existir, cotidianamente, nos processos de trabalho, uma vez que a democratização de informações é dever do assistente social em sua relação com os usuários, presente no Código de Ética do/da Assistente Social. Nesse caminho, para além dos espaços coletivos de discussão, é por meio dos próprios atendimentos individuais que o assistente social deve possibilitar “a garantia de acesso às informações necessárias e de direito para que os usuários possam se defrontar com diferentes opções e só assim fazerem realmente escolhas a partir de seus interesses e necessidades (VASCONCELOS, 2012, p. 433).

Diante da heterogeneidade das respostas relacionadas a essa pergunta no questionário aplicado, gostaríamos de elencar, além do que já foi discutido, três grupos de respostas que foram levantadas pelos sujeitos da pesquisa, visto que se constituem enquanto alternativas distintas ou mesmo a falta de alternativas.

O primeiro deles refere-se a um profissional (5,8%) que levantou a articulação com outras categorias profissionais para o fortalecimento da política de saúde. Para ele, a defesa da política de saúde que, conseqüentemente, diminui a necessidade dos processos de judicialização, insere a necessidade de articulação do Serviço Social com outros profissionais da saúde:

Eu vejo muito a questão do coletivo [...]. Uma das coisas que a gente até tava conversando ontem com outra profissional, enquanto a gente não sair desse ciclo, eu tou preocupado com a minha categoria, e não se unir enquanto categorias pra uma sociedade que atenda o interesse dessa coletividade, a gente ainda vai ficar muito fragmentado, mas enquanto Serviço Social, aliado aos advogados, médicos, vamos dizer assim, fisioterapeutas, da área da saúde, médicos, enfermeiros... eu sou da categoria do assistente social, participo de uma categoria, mas eu tenho que ter o olhar coletivo, porque essa coletividade eu tenho força. Então, a gente tem muito a contribuir sim, eu acredito nisso! (E-6).

Diante da verbalização acima, destacamos que a reafirmação do direito à saúde perpassa também a luta e organização das várias categorias profissionais inseridas na política de saúde, haja vista que a prática do controle social e dos processos reivindicatórios não é um exercício específico e próprio dos assistentes sociais. Embora a defesa intransigente dos direitos humanos

e, por conseguinte, do direito à saúde, seja um princípio do Código de Ética Profissional dos/das Assistentes Sociais, os demais profissionais de saúde também devem ter um comprometimento ético com os princípios do SUS e com a política social na qual estão inseridos. Entretanto, o que se observa no contexto neoliberal, é a fragmentação cada vez maior dos trabalhadores diante das várias estratégias do capital, como as diferentes formas de contratação nos serviços, as diferenças salariais, as condições de trabalho, etc.

Também queremos enfatizar que 11,7% dos profissionais consideram que as estratégias alternativas à judicialização da saúde perpassam a “boa vontade” e a “preocupação com o outro”. A centralidade no “comprometimento individual” das pessoas como estratégia que contribui para se evitar os processos de judicialização da saúde é um risco, porque leva ao entendimento moralizante de que os processos de sucateamento e desmonte da política de saúde não estão diretamente relacionados com a conjuntura social, política e econômica do país, com base na sua inserção no modelo capitalista, e sim aos interesses individuais. A esse respeito, vejamos as falas a seguir:

Pra uma coisa dar certo tem que tudo correr na mesma linha. Eu passo pra [...] o interior a minha demanda; o interior já passa pra quem for de lá já orientar pra trazer o usuário pra cá... E aí se corre tudo desse jeito, o paciente que tá vindo ele não vai sofrer danos, porque ele já vai vir todo certinho, entendeu, todo no seu quadrado. **Agora quando você não tem preocupação com o outro!** [...] É por isso que tá tendo tanta gente procurando, porque eles não têm apoio onde eles chegam, que é o local certo. Porque se eu tenho meus pacientes aqui, eu tenho que orientar eles aqui, mas se ele passa por mim e eu não dou orientação nenhuma, eles não vão saber como resolver e, aí mais adiante, vão procurar a justiça! (E-7).

Assim, **eu acredito que precisa de boa vontade de todos os profissionais, acho que a boa vontade ainda ...** Tem gente que é complicado, você sofre com isso, porque você vê que tem pessoas, meu pai do céu, que não sabe nem sair daqui [...]. Então assim, a gente sofre com isso, com certeza. E assim, **eu acho que a boa vontade que precisa...precisa ter boa vontade, se tiver boa vontade, acho que as coisas fluem!** E não você achar: “Ah não, o poder tá comigo, então só eu que tenho que liberar!”. Então, você cria essa dependência de mim. Eu não acho correto isso, essa dependência. **Eu acho que precisa de boa vontade! Se ele tiver boa vontade, o serviço acontece!** (E-8).

Dessa maneira, parece haver um entendimento, considerando-se as verbalizações acima, de que estes sujeitos entrevistados entendem que alguns aspectos que envolvem a subjetividade dos profissionais e gestores, como a “boa vontade” e a “preocupação com o outro”, seriam fundamentais para a concretização do direito à saúde, quando na verdade, apesar de também serem atravessadas por esses aspectos, as condições materiais e objetivas da totalidade social é

que condicionam o desenvolvimento da política de saúde, o gerenciamento e planejamento de recursos, etc.

Em nome da “humanização” das relações, a partir da ênfase na cordialidade, nas relações informais, pessoais e afetivas, os assistentes sociais, ao invés de politizarem, criticarem e denunciarem rotinas que são perversas para os usuários, acabam tratando o problema de um usuário como um “problema pessoal”. Se, por um lado, essas ações ocorrem em decorrência de um movimento institucional complexo, por outro, acontecem por conta da importância dada aos vínculos e articulações pessoais presentes na sociedade (VASCONCELOS, 2012).

Por fim, o terceiro grupo de respostas é composto pela fala de 11,7% dos assistentes sociais que acreditam não haver outras estratégias que sejam alternativas ao processo de judicialização, nem mesmo por meio da mediatização dos assistentes sociais. De acordo com os profissionais entrevistados, diante da conjuntura de enfraquecimento do SUS, um deles chega a mencionar que tais processos são poucos em relação ao número de violações dos direitos da saúde:

Nas condições que a nossa política pública se encontra hoje... Porque se busca a judicialização justamente porque não tem, não houve essa estratégia de se resolver. Até plano de saúde se judicializa, imagine serviço público! Acho que é a ineficiência da política! (E-12).

Diante da nossa conjuntura atual, não vejo muito como isso acontecer sem haver a judicialização, porque são direitos violados constantemente, frequentemente existe isso, essa questão. Muitos não são judicializados, poderiam até ser, mas não são porque, às vezes, o paciente arca com o custo, pega empréstimo, faz vaquinha na internet, algumas alternativas dessa forma, mas que **na conjuntura que a gente vive aqui tem pouca, tem pouca judicialização!** Até porque a gente trabalha com um público SUS, muitos não têm nem o conhecimento que pode judicializar isso, e acha que é assim mesmo, que tem que ser, tem que aguardar, tem que esperar, tem que esperar a boa vontade de um dar, de um remédio chegar, de o exame acontecer. Então eu acho que aqui em Sergipe tem poucas, pelo número de violações, tem até pouca judicialização! (E-14).

Por outro lado, diante do contexto de recrudescimento dos direitos sociais e do aprofundamento da questão social, que implica diretamente nos problemas relacionados à saúde, os profissionais do Serviço Social não devem projetar uma postura fatalista, de obscurecimento das possibilidades, uma vez que tais posicionamentos só contribuem para o enfraquecimento da política de saúde, e, principalmente, inserem os assistentes sociais numa análise imediatista da realidade social, os quais não conseguem desvelar as contradições próprias do capitalismo. Acerca dessa tendência, Iamamoto (2004, p. 113) afirma que:

A compreensão da prática social predominante no meio profissional oscila entre o fatalismo e o messianismo. Aparentemente opostas e excludentes, tais interpretações encontram-se estreitamente articuladas, expressando, de um lado, o reconhecimento da existência de conflitos e tensões sociais; e de outro, a impossibilidade de enfrentá-los com os próprios meios oferecidos pelo desenvolvimento histórico [...]. A superação do fatalismo e do messianismo na análise da prática social – com suas derivações no exercício profissional – implica o desvendamento da própria sociedade que gesta essas concepções e sua crítica teórica radical, historicamente constituída.

Implícito nesse discurso de impossibilidades, os profissionais colocam em xeque até mesmo a qualidade dos serviços ofertados no SUS, desqualificando esta política pública, conforme observou-se na fala de que “até plano de saúde se judicializa, imagine o serviço público!”. Se por parte dos assistentes sociais, o discurso da falência da coisa pública, que facilmente leva à defesa da privatização enquanto saída, está presente, torna-se necessário repensar os espaços de aperfeiçoamento e capacitação de modo que o embasamento teórico-metodológico crítico contribua para a construção de um novo fazer profissional articulado à concepção de totalidade social.

Por fim, ainda sobre a fala de um dos entrevistados (5,8%), embora tenha explicitado sua não identificação de alternativas ao processo de judicialização da saúde, o assistente social ao ser questionado pela pesquisadora se ainda queria responder algo mais, considerou uma estratégia a qual os usuários recorrem constantemente: a mídia. Para o profissional, tais veículos contribuem para dar resolutividade aos problemas de saúde, pois, em alguma medida, acabam colaborando para que se chegue à “solução” e encaminhamento de algumas demandas:

Assim, as estratégias de como eles utilizam de chamar mídia, tal... eles utilizam bastante e, até o momento, tem uma boa resolutividade, porque agora eles tão, eles colocam mesmo, chamam a imprensa, mobiliza nas redes sociais e têm uma boa resposta com isso (E-14).

Todavia, assim como o discurso da falência da coisa pública esteve presente na fala de um dos assistentes sociais, o reconhecimento da mídia, enquanto alternativa de reivindicação dos usuários, constitui outro caminho controverso para a defesa da política de saúde pública e universal, posto que o encaminhamento de demandas individuais a partir da exposição midiática, fragmenta o discurso de coletividade na medida em que são resoluções tomadas em torno de um só caso. Não significa dizer que aquela demanda apresentada não se repita no cotidiano de um amplo número de pacientes atendidos no SUS, nem que seu encaminhamento não foi garantido na perspectiva do direito, mas pelo recurso do espetáculo, da exacerbação da exposição das condições de vida dos usuários, muitas vezes conduzidos pelo apelo ao

“sensacionalismo”. Além disso, o acesso aos meios de comunicação, assim como o acesso à justiça também é atravessado por interesses distintos e, portanto, não estão isentos de influências políticas e correlações de forças, cujas intenções não são, em nenhuma hipótese, os interesses do “caso exposto”.

O convite que fica aos assistentes sociais é de pensar espaços estratégicos de formação e construção de uma consciência crítica que possibilitem a profissionais e usuários conceberem as demandas da saúde em suas diversas complexidades, mas não somente isso, que discutam os encaminhamentos possíveis pois, ainda que diminutos, eles existem para superar ou mesmo para diminuir as incongruências que perpassam a organização e o funcionamento do SUS, já que no modo de produção vigente não é possível superar as contradições que estão imbricadas nas próprias políticas sociais, visto que possuem sentido e intencionalidades específicos.

CAPÍTULO 3 – JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DOS ASSISTENTES SOCIAIS

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

Antes de iniciar as análises e discussões baseadas nos dados da pesquisa, faremos uma abordagem sobre o percurso metodológico percorrido pela pesquisadora, com detalhamento do campo empírico, da coleta de dados, dos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa, dos processos de articulação para o agendamento das entrevistas com os profissionais envolvidos no estudo, bem como das dificuldades encontradas para a obtenção dos dados.

3.1.1 Campo empírico e fontes de pesquisa

Inicialmente, a escolha do campo empírico esteve relacionada às primeiras aproximações profissionais da pesquisadora, que exerceu a função de assistente social residente em um hospital de média e alta complexidade, ambiente cujas demandas, em dados momentos, necessitavam do processo de judicialização da saúde. Dessa forma, a rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE foi considerada para a delimitação da amostra em razão de ser um dos níveis de atenção à saúde que atendem às demandas de maior complexidade e que possui maior possibilidade de abarcar demandas com necessidade de intermediação judicial para sua concretização.

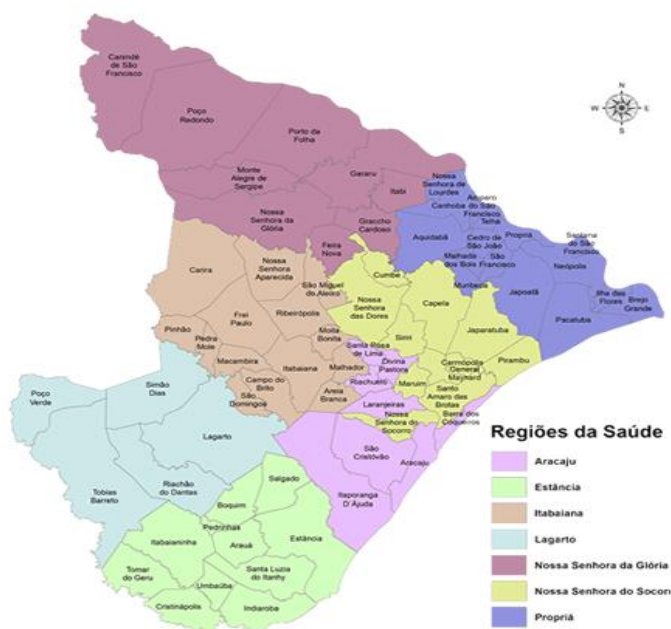
O estado de Sergipe, seguindo o Decreto 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, está dividido nas chamadas regiões de saúde para a melhor organização dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O referido decreto faz menção à região de saúde definindo-a enquanto

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013, p. 4).

De acordo com dados do Plano Estadual de Saúde (vigência 2016 a 2019), Sergipe conta com sete regiões de saúde, que possuem como sede de cada região os municípios de Aracaju-

SE, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro e Propriá (Figura 2).

Figura 2: Mapa Regiões de Saúde de Sergipe



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe

O município de Aracaju-SE, por sua vez, conta com redes de atenção à saúde que constituem os serviços disponibilizados à população, como a Rede de Atenção Primária (REAP); a Rede de Atenção Especializada (REAE); a Rede de Atenção Psicossocial (REAPS); a Rede de Urgência e Emergência (REUE); a Rede Hospitalar (REHOSP); e a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (REAST) (SARGSUS, 2019).

A REHOSP constitui-se dos 06 hospitais da capital: Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE); Associação Aracajuana de Beneficência (Hospital Santa Isabel); Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia; Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL); e Hospital São José (SARGSUS, 2019).

O campo empírico da pesquisa foi pensado a partir da organização da rede de assistência hospitalar do município de Aracaju-SE, escolhidos de acordo com as demandas de cada serviço, a fim de que se constituísse uma amostra diversificada, com demandas que envolvessem desde a saúde de recém-nascidos, crianças e adolescentes, até os pacientes da saúde mental. Portanto, foram escolhidos quatro hospitais entre os seis mencionados anteriormente. A princípio, acresceu-se a estes quatro hospitais o Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH), porém, devido ao processo de avaliação da instituição para apreciação e aprovação do projeto de pesquisa, cujo período

inviabilizaria a pesquisa, o cenário foi excluído da amostra sem maiores prejuízos, uma vez que o campo empírico já se configurava com grande diversidade de perfis. Os hospitais escolhidos também possuem suporte para atendimento de demandas da saúde de média e alta complexidade,

A elaboração documental para envio aos respectivos hospitais teve início no mês de maio de 2018, momento em que foram encaminhados aos campos de pesquisa ofícios emitidos pelo Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (PROSS), cartas de apresentação da pesquisadora e respectiva orientadora, cópia do projeto de pesquisa com anexos da entrevista semiestruturada e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O período de entrega da documentação junto aos quatro hospitais terminou em julho de 2018.

Para continuidade do projeto de pesquisa, dois dos hospitais que compuseram o campo empírico, o HUSE e o Hospital de Cirurgia, exigiram como condicionalidade o cadastramento do estudo junto ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil. Em contrapartida, foi necessário que todos os hospitais emitissem uma Declaração de Anuência para anexar junto ao sistema da referida plataforma. No mês de dezembro, foi finalizado o processo de cadastro na Plataforma Brasil, cujo primeiro parecer foi desfavorável, pois ante a demora de juntar todas as declarações de anuência, o cronograma da pesquisa ficou em defasagem em relação ao planejamento inicial. A pesquisadora realizou os ajustes solicitados e, ainda em dezembro, foi emitido novo parecer consubstanciado com situação de aprovado.

Vale ressaltar que anteriormente ao processo de articulação junto aos hospitais, no mês de dezembro de 2017, foram realizadas as primeiras articulações com a Defensoria Pública do Estado de Sergipe (DPE-SE) a fim de buscar dados referentes à judicialização da saúde no município de Aracaju-SE, que se constituíram como fonte documental para a pesquisa.

Nesse sentido, no período supracitado, foi realizada uma entrevista com uma assistente social representante da Câmara de Litígios da Saúde da DPE-SE, que pontuou sobre a participação do Serviço Social nos processos de negociação entre pacientes e os entes municipal e estadual em relação aos pedidos envolvendo materiais e insumos de saúde, com o objetivo de não serem judicializados. Embora não tenha se constituído como sujeito da pesquisa, com aplicação do instrumento de coleta de dados, o contato com a referida profissional possibilitou a compreensão das negociações entre os atores envolvidos no SUS a fim de que não sejam impetradas ações judiciais.

Além disso, a articulação com a DPE-SE também possibilitou o contato com o então Defensor Público representante da Câmara de Litígios da Saúde, que mediante a solicitação

formalizada por ofício emitido pelo PROSS, disponibilizou dados referentes aos anos de 2015, 2016 e 2017 envolvendo a judicialização da saúde no município de Aracaju-SE, os quais foram discutidos no segundo capítulo.

As fontes de pesquisa utilizadas foram as bibliográficas, documental e oral. O uso dos três tipos de fontes se deu em decorrência do próprio objeto de estudo, pois além do levantamento de dados por meio de documentos referentes à judicialização da saúde em Aracaju-SE, as fontes orais foram construídas a partir das entrevistas semiestruturadas aplicadas junto aos assistentes sociais sujeitos da pesquisa. As fontes bibliográficas, por sua vez, fizeram parte de toda a construção da pesquisa, desde a delimitação do objeto até as análises e resultados obtidos. Na verdade, inicialmente, a pesquisa em tela seria de cunho bibliográfico e documental, não constituindo objetivo inicial da pesquisadora a abordagem empírica, e consequentemente, a necessidade de fontes orais. Todavia, no período de finalização do projeto de pesquisa, verificou-se a necessidade de inserção de um campo empírico e da inclusão dos assistentes sociais. Portanto, o uso desses três tipos de fontes justificou-se pelo desdobramento da pesquisa e pela necessidade de respostas ao objeto pesquisado.

3.1.2 Sujeitos da Pesquisa e Coleta de Dados

Conforme anteriormente relatado, os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais inseridos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE. Dentre os locais de trabalho que possibilitaram a diversificação na amostra da pesquisa estão: saúde mental, maternidade, pediatria, oncologia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pronto socorro e cirurgia. A coleta de dados com aplicação do instrumento junto aos assistentes sociais foi realizada entre os meses de dezembro de 2018 e março de 2019.

A primeira entrevista, realizada em dezembro de 2018, tratou-se de um pré-teste, ou seja, a aplicação de um instrumento inicial cuja intenção foi verificar a necessidade de ajustes nas perguntas construídas. Este momento culminou na modificação do instrumento de coleta de dados. Logo, esta primeira entrevista não pode ser computada na quantidade amostral em razão das modificações necessárias. A aplicação do pré-teste foi fundamental para o conhecimento inicial do campo empírico.

Além desse primeiro pré-teste, em janeiro de 2019, nova entrevista foi realizada visando verificar a necessidade de outras modificações no instrumento. No entanto, percebeu-se que não houve novas alterações, possibilitando que tal entrevista pudesse ser inserida na amostra da pesquisa.

É importante pontuar que antes da realização das entrevistas foi necessário um momento de mobilização dos profissionais, cuja articulação com os respectivos Responsáveis Técnicos (RTs) do Serviço Social de cada instituição foi fundamental para a aderência dos trabalhadores ao projeto de pesquisa. Um dos RTs acompanhou a pesquisadora em todos os setores de determinada instituição, apresentando os sujeitos da pesquisa, o que facilitou o contato posteriormente. Por outro lado, mesmo após a mobilização dos RTs ainda houve bastante resistência dos profissionais em duas instituições, de maneira que em algumas situações nenhum dos profissionais de determinados setores se disponibilizaram em participar do projeto.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram a necessidade de trabalhar em um dos campos empíricos da pesquisa e a participação voluntária para responder ao instrumento de coleta de dados; e o de exclusão foi a negativa em participar da amostra. De todos os profissionais contactados para responder à entrevista, apenas um profissional se negou em participar da pesquisa no momento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, decisão que foi respeitada pela pesquisadora sem nenhum prejuízo para o participante.

O universo da amostra constituiu-se de 75 assistentes sociais ativos inseridos nos quatro hospitais participantes da pesquisa. Desse total foram entrevistados 17 assistentes sociais, dos quais: nove assistentes sociais de um hospital geral; três assistentes sociais de uma maternidade; três assistentes sociais de um hospital cirúrgico; e dois assistentes sociais de uma urgência mental. Em termos percentuais gerais entrevistamos 22,5% do universo da amostra. Já em termos proporcionais devemos considerar o número de profissionais ativos em cada instituição: Hospital de Urgência de Grande Porte (53)²⁸, Maternidade (14), Hospital de Especialidades Médicas e Cirúrgicas de Média e Alta Complexidade (6) e Hospital de Urgência Mental (2). Desses valores, a porcentagem de entrevistados foi de 16,9%, 21,4 %, 50% e 100%, respectivamente.

Os profissionais foram orientados acerca dos objetivos da pesquisa no momento da abordagem, bem como sobre a necessidade de gravação em áudio e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia também foi assinada pela pesquisadora e entregue aos participantes.

O agendamento para a realização das entrevistas ocorreu de acordo com a disponibilidade dos assistentes sociais no próprio ambiente de trabalho. A realização das

²⁸ O número de profissionais ativos nas respectivas instituições foi disponibilizado pelos Responsáveis Técnicos na ocasião da realização das entrevistas.

entrevistas nos respectivos setores de trabalho, em alguns casos, na mesma sala de atendimento dos assistentes sociais, dificultou a realização de algumas das entrevistas, uma vez que existiram vários tipos de interrupções como telefone tocando, interferência de outros profissionais, barulho diverso, etc.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, dada sua maior flexibilidade na condução de perguntas e respostas. Como aponta Manzini (2012, p. 156), a entrevista semiestruturada “tem como característica um roteiro com perguntas abertas e é indicada para estudar um fenômeno com uma população específica [...]. Deve existir flexibilidade na sequência da apresentação das perguntas ao entrevistado e o entrevistador pode realizar perguntas complementares para entender melhor o fenômeno em pauta”.

Para melhor garantir a confidencialidade da identidade dos profissionais participantes da pesquisa, utilizamos o termo “Entrevistado”, tanto para assistentes sociais homens quanto para assistentes sociais mulheres. Nesse sentido, o uso de termos sempre na terminação masculina justifica-se pela não identificação dos assistentes sociais.

3.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base no que já foi dito anteriormente, esta pesquisa objetivou analisar, sob a perspectiva dos assistentes sociais, a estratégia da judicialização da saúde para a reivindicação de direitos no âmbito da rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE. Em face dos que serão explanados a seguir, compreendemos que atingimos o objetivo planejado, uma vez que foi possível identificar, por meio do roteiro de entrevista semiestruturada, aspectos que compreenderam a percepção dos assistentes sociais em relação à temática abordada.

Tal assertiva também se estende aos objetivos específicos, os quais nos propusemos a: analisar quais os fatores que têm contribuído para a judicialização da saúde; identificar quais as demandas mais recorrentes referentes à judicialização da saúde, no cotidiano profissional do assistente social; e analisar o impacto do processo de judicialização da saúde na prática profissional do assistente social. Cada um dos objetivos específicos relacionou-se diretamente a uma das perguntas orientadoras do roteiro da entrevista, as quais trouxeram elementos que possibilitaram atingir os resultados a que se propunha.

É fundamental ressaltar que na etapa de finalização do projeto de pesquisa, um dos objetivos foi retirado, qual seja: “discutir sobre quais alternativas constituem-se como via de reivindicação para a efetivação dos direitos garantidos no SUS”. A necessidade de exclusão

desse objetivo justificou-se pela observação de que por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados somente junto aos assistentes sociais não seria possível respondê-lo, pois nossa compreensão inicial partia do entendimento de que essas outras alternativas relacionavam-se também à pressão dos órgãos de controle social, a exemplo dos Conselhos de Saúde. Nesse sentido, para responder a tal objetivo seria necessário a inclusão de outros atores no processo de pesquisa, como usuários, conselheiros de saúde, etc.

Não obstante a retirada desse objetivo, inserimos no roteiro da entrevista a questão de número cinco, que insere a discussão sobre a compreensão dos assistentes sociais em relação às estratégias possíveis de busca para a efetivação dos direitos em saúde que são alternativas à judicialização da saúde. Nesse item abordamos também a perspectiva do controle social, conforme veremos adiante.

3.2.1 Perfil profissional dos assistentes sociais

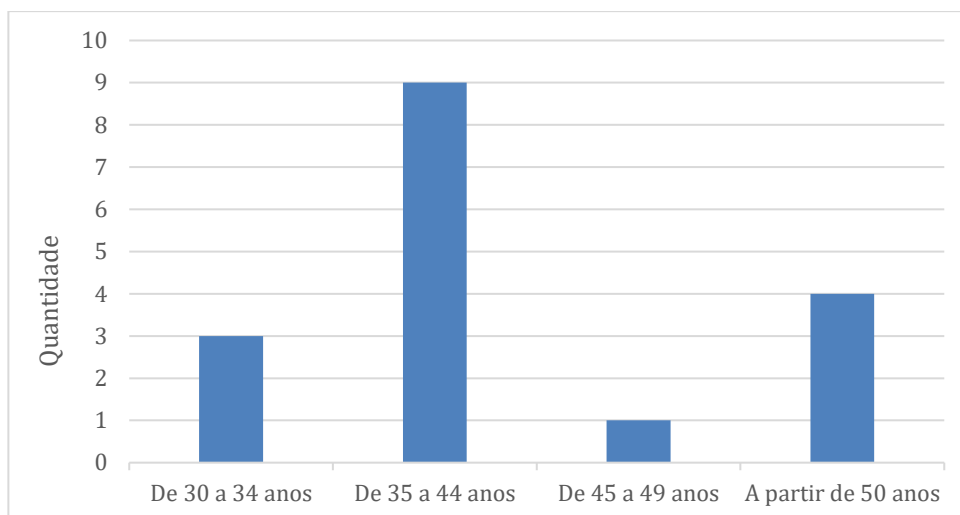
A primeira parte que compunha o roteiro da entrevista semiestruturada referiu-se ao perfil profissional dos assistentes sociais inseridos nos serviços hospitalares que fizeram parte do campo empírico da pesquisa. Foram abrangidos os itens: nome (porém não foi identificado o sujeito na análise das entrevistas), idade, orientação sexual, tempo de trabalho na instituição e local de trabalho/setor. Embora não fosse foco da pesquisa, uma vez que traçar o perfil profissional dos assistentes sociais não se constituiu como objetivo do estudo, julgamos o item importante para compreender o sujeito da pesquisa e sua inserção nos diversos espaços sócio-ocupacionais na área da saúde.

Em relação à idade, a maioria dos assistentes sociais entrevistados possuíam entre 35 e 44 anos (52,9%); a segunda maior faixa de idade acima de 50 anos (23,5%); e em terceiro e quarto lugares, respectivamente, mantiveram-se as faixas etárias de 30 a 34 anos (17,6%) e de 45 a 49 anos (5,8%), como demonstra o gráfico 5. O corte de faixa etária para agrupamento das idades identificadas na pesquisa baseou-se no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em relação ao item “População residente, por sexo e grupos de idade”.

A idade dos entrevistados segue a tendência do último estudo do perfil profissional dos assistentes sociais no Brasil publicado em 2005 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), cujos dados mostram que, na referida categoria profissional, prevalecem as idades de 35 a 44 anos (38%); além disso, aparece também como porcentagem significativa (25%), as

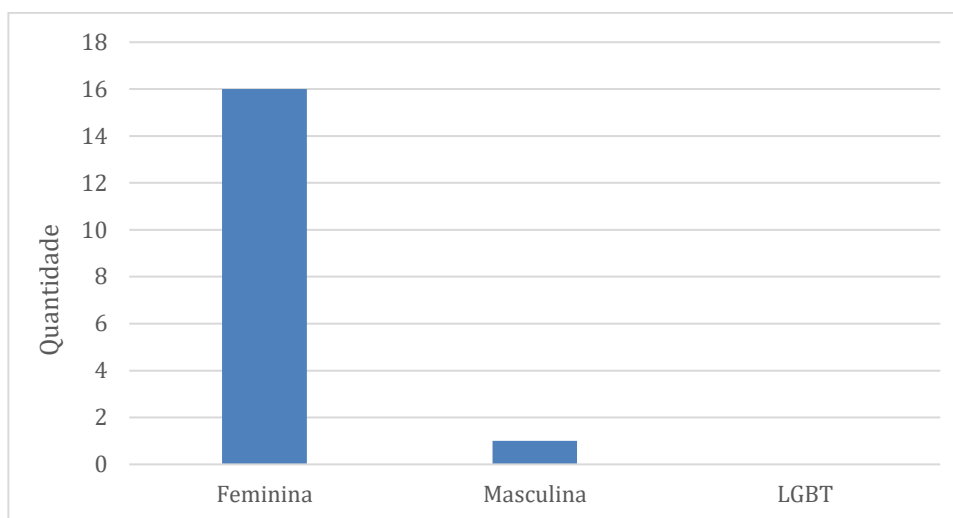
idades entre 45 e 59 anos, faixa etária que também foi predominante na pesquisa, visto que os profissionais acima de 50 anos ocuparam a segunda posição.

Gráfico 5 – Idade dos Assistentes Sociais

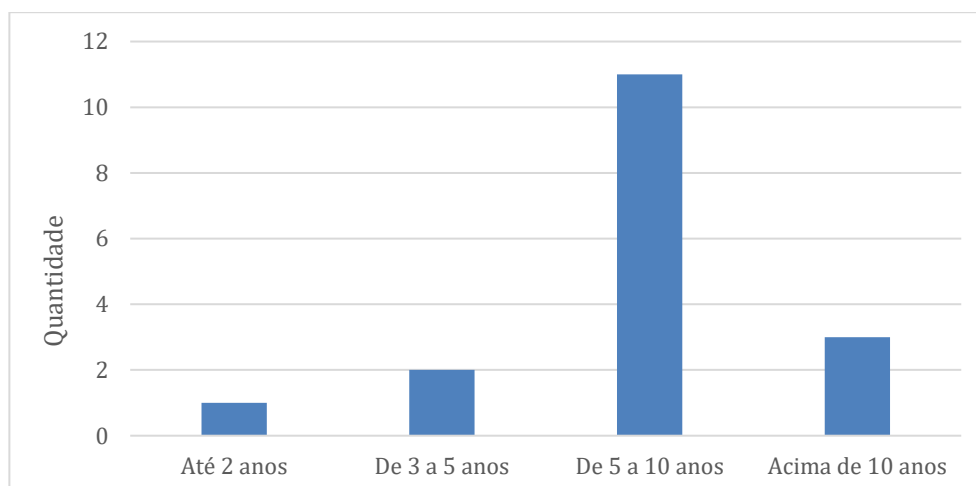


Acerca da orientação sexual dos entrevistados (Gráfico 6), 94,1% deles declararam ser feminina e apenas 5,8 % responderam ser masculina. Nenhum dos sujeitos declarou fazer parte das orientações sexuais correspondentes ao grupo Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais ou Transgêneros (LGBT). A orientação sexual dos entrevistados também segue uma tendência histórica e ainda presente da categoria profissional, uma vez que a profissão é majoritariamente feminina. Embora não seja objetivo deste trabalho compreender as determinações de gênero presentes na categoria profissional, vale destacar que a presença feminina majoritária relaciona-se com a identidade da profissão e suas representações sociais conforme salienta Iamamoto (2007, p. 104, grifos da autora):

No Serviço Social tem-se um contingente profissional [...] com um nítido recorte de gênero: *uma categoria profissional predominantemente feminina, uma profissão tradicionalmente de mulheres e para mulheres*. A condição feminina é um dos selos da identidade desse profissional [...]. Com tal perfil, o assistente social absorve tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações a ela impostas no mercado de trabalho.

Gráfico 6 – Orientação Sexual dos Assistentes Sociais

O tempo de trabalho nas instituições (Gráfico 7) revela que a maioria dos assistentes sociais entrevistados não é recém-formada, pois já possui uma experiência profissional considerável, cuja maior parte (64,7%) tem entre 05 e 10 anos de exercício na área, seguindo de 17,6% dos profissionais que contam com mais de 10 anos trabalhados no respectivo estabelecimento de saúde. Apenas um dos sujeitos da pesquisa possui menos de 02 anos de experiência em determinado hospital. Faz-se necessário pontuar que essa pergunta não considera o tempo de trabalho em outros setores, posto que um dos intuitos da questão era identificar o período de experiência dos sujeitos da pesquisa no respectivo ambiente hospitalar a fim de avaliar se o período de trabalho seria significativo para que os assistentes sociais tivessem contato com as demandas relacionadas à judicialização da saúde.

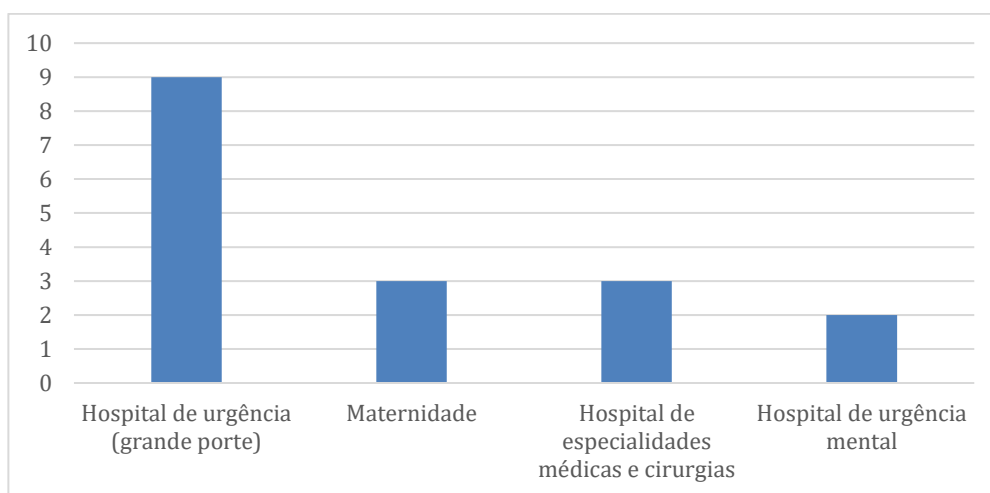
Gráfico 7 – Tempo de Trabalho

As instituições de trabalho dos assistentes sociais (Gráfico 8) compõem quatro especificidades²⁹ da rede hospitalar do município de Aracaju-SE. Dentre os entrevistados, 52,9% trabalham em um Hospital de Urgência de Grande Porte; 17,6% em uma Maternidade, valor que se repete para os profissionais que exercem em um Hospital de Especialidades Médicas e Cirúrgicas de Média e Alta Complexidade; e por último, 11,7% trabalham em um Hospital Urgência Mental.

Estes valores devem ser avaliados em relação ao conjunto das instituições que compuseram a pesquisa, pois apesar da menor porcentagem de profissionais que atuam na Urgência Mental, por exemplo, eles representaram 100% dos assistentes sociais do referido serviço, haja vista que foi entrevistada a totalidade dos profissionais daquela instituição (2). Assim, a maior porcentagem do gráfico relaciona-se somente ao maior número de assistentes sociais entrevistados naquele hospital e não a uma análise proporcional.

Sobre esse aspecto, vale destacar que, a despeito da pretensa intenção da pesquisadora em entrevistar uma quantidade proporcional de assistentes sociais em relação às diferentes instituições, tal fato não foi possível, porque a sensibilização e aceitação dos profissionais para participarem da pesquisa apresentaram-se em maior ou menor medida nos diversos cenários, impactando sobremaneira na coleta de dados, e, conseqüentemente, na quantidade amostral

Gráfico 8 – Instituição de Trabalho

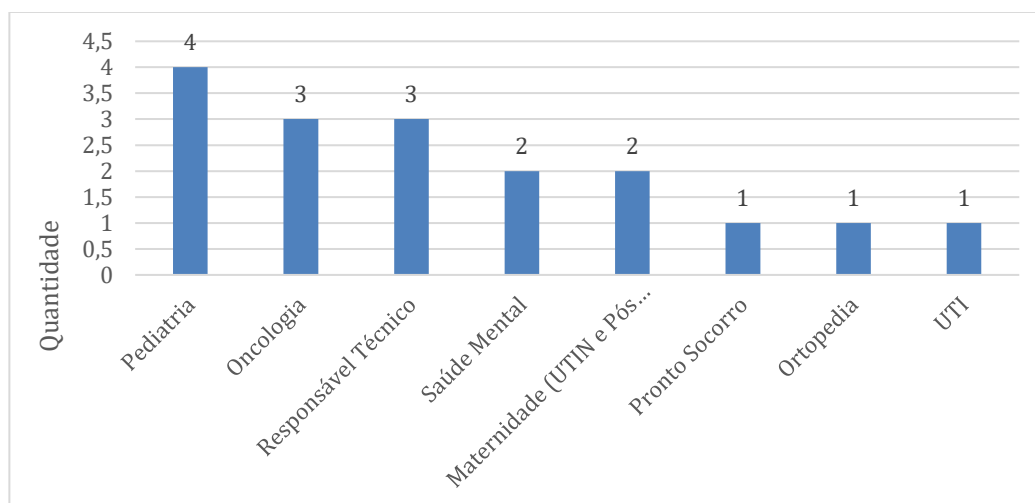


Verifica-se que houve uma diversificação dos setores nos quais os profissionais estão inseridos, uma vez que em determinados hospitais existe mais de uma unidade de Serviço

²⁹ Nesse momento, identificaremos os nomes dos hospitais envolvidos neste estudo apenas pela natureza dos seus serviços a fim de proteger o sigilo e identidade dos sujeitos da pesquisa.

Social, ou seja, os profissionais estão divididos por setores e demandas específicas. Tal fato propiciou o levantamento de várias especificidades e demandas distintas de acordo com o perfil do serviço, o que pode ser observado no gráfico 9. Vale sublinhar que em um determinado hospital, nem todas as unidades de Serviço Social se dispuseram a participar da pesquisa.

Gráfico 9 – Setor de Trabalho



Ainda sobre o gráfico acima, verifica-se que, das 17 entrevistas realizadas e dos 8 setores identificados como espaços de atuação, os setores da pediatria e da oncologia ocupam a maior quantidade de sujeitos entrevistados, fato que é justificado pela maior quantidade de assistentes sociais inseridos nesses setores.

3.2.2 Principais demandas judicializadas

A questão a seguir, intitulada “Quais as principais demandas apresentadas ao Serviço Social e que são judicializadas?”, foi fundamental, uma vez que constitui um dos objetivos específicos da pesquisa, que é identificar quais as demandas mais recorrentes referentes à judicialização da saúde. O intuito de identificar as principais demandas elencadas pelos assistentes sociais possibilitou uma análise comparativa com os dados disponibilizados pela Câmara de Resolução de Litígios da Saúde da DPE/SE, que traz um panorama não somente das demandas hospitalares, mas de toda a rede de atenção à saúde do SUS no município de Aracaju-SE.

O comparativo entre os gráficos 10 e 11 evidenciou que as demandas verbalizadas pelos assistentes sociais no ambiente hospitalar seguem a tendência do município de Aracaju-SE

como um todo; ou seja, em todos os níveis de atenção à saúde, as demandas judicializadas são homogêneas. Tal fato pode ser exemplificado pelos itens relacionados a medicamentos, procedimentos cirúrgicos e exames que ocupam as primeiras posições nos pedidos pleiteados.

Gráfico 10 – Demandas dos usuários levantadas pelos Assistentes Sociais

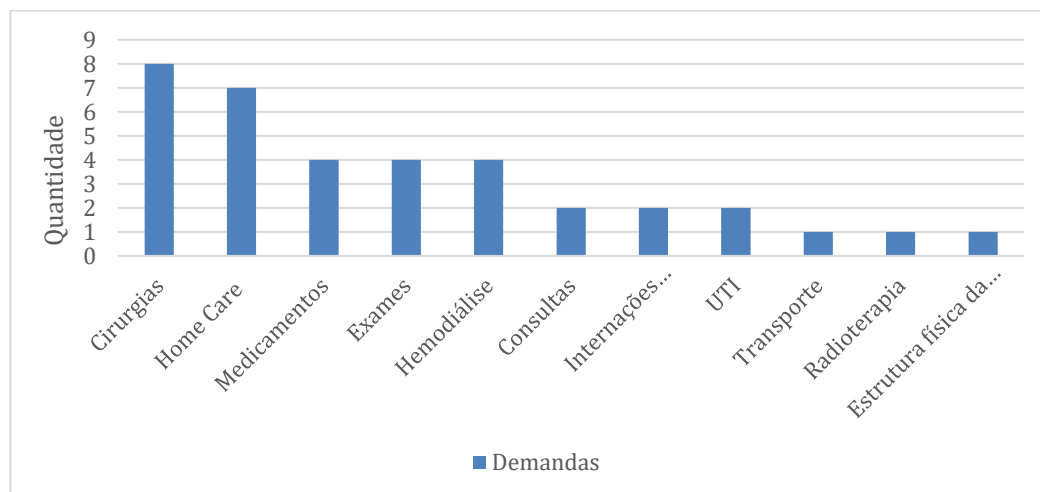
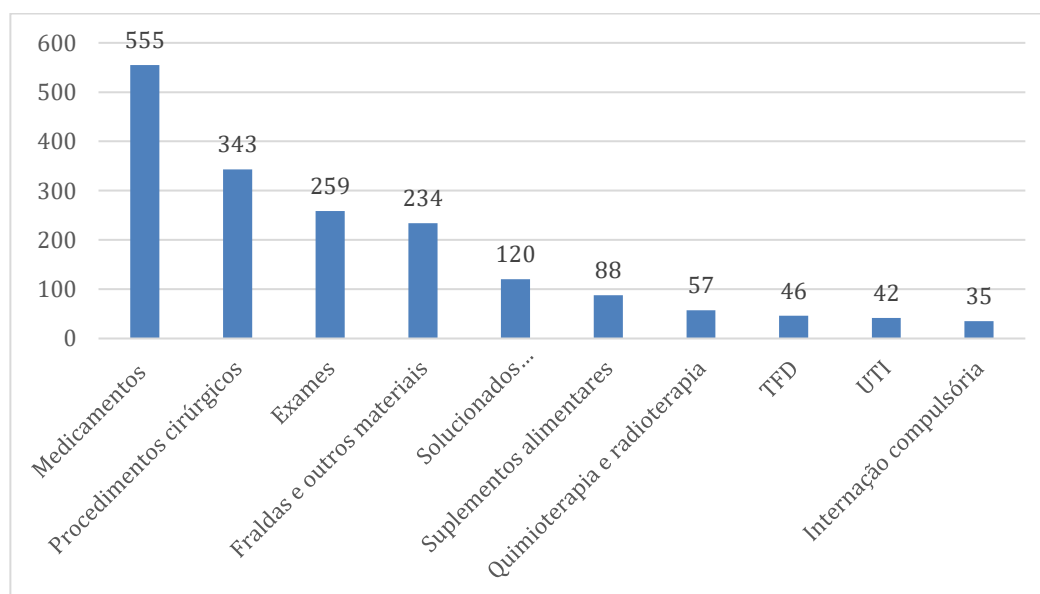


Gráfico 11 – Demandas do Núcleo de Saúde DPE-SE (2015-2016)



Um aspecto que deve ser levado em consideração é que as demandas envolvendo medicamentos, bem como os exames, são necessidades que envolvem a baixa e média complexidade, o que deveria ser garantido sem maiores dificuldades haja vista o caráter de proteção e recuperação da saúde presente no SUS, os quais subentendem que estes componentes devem ser garantidos. No caso dos medicamentos, a situação é ainda mais controversa, porque

assistência farmacêutica já é uma política consolidada no âmbito da política pública de saúde prevista desde a Lei 8.080/90, em seu Art. 6º, Inciso I, Alínea b, que discorre sobre a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”; além das legislações subsequentes, como Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em 1998 por meio da Portaria GM/MS Nº 3.916; e pela própria Política Nacional de Assistência Farmacêutica aprovada pela Resolução Nº 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, este aspecto aponta uma tendência burocratizante da política de saúde, bem como atenta para uma grave violação dos princípios da universalidade e integralidade no cuidado à saúde garantidos pela LOS e leis complementares.

Por outro lado, as solicitações relacionadas aos medicamentos, conforme destaca o documento da DPE/SE, são judicializadas quando há “inexistência de alternativa terapêutica ou de impossibilidade de utilização dos medicamentos incorporados aos SUS”. Em que pese àqueles medicamentos que não fazem parte da RENAME, já discutimos anteriormente alguns aspectos controversos sobre sua dispensação. Alguns autores (CAMPOS NETO, 2018; MEDEIROS, DINIZ E SCHWARTZ, 2013; PEPE *et al.*, 2010; SOARES; DEPRÁ, 2012; VENTURA, 2010) reforçam que muitas dessas solicitações possuem relação com os interesses da indústria farmacêutica, visto que são medicamentos com novas tecnologias e, conseqüentemente, caros, não patronizados pelo SUS. Além disso, tais estudos apontam que alguns desses encaminhamentos advêm de consultórios médicos particulares, o que acaba por desfavorecer aqueles pacientes com baixo nível socioeconômico.

Sobre os interesses da indústria farmacêutica em relação aos processos judiciais envolvendo medicamentos, o documento Auditoria Operacional Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) sobre judicialização da Saúde realizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), em 2015, já mencionado no capítulo 2, destacou que, em 2004, uma outra Auditoria realizada pelo referido órgão, relacionada à Ação Assistência Financeira para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais, com vinculação ao Programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, identificou que:

A judicialização da saúde provocava a realocação emergencial de recursos do programa, descontinuava o tratamento de pacientes regulares do programa, ameaçava os gestores pelo eventual descumprimento das decisões judiciais e admitia que laboratórios aumentassem os preços de medicamentos na hipótese de aquisição emergencial, sem licitação, para o cumprimento das decisões judiciais (BRASIL, 2015, p. 2).

Ainda acerca da questão dos medicamentos, destacamos algumas falas que evidenciam a realidade de pacientes, especialmente os oncológicos, os quais vivenciam situações de judicialização de medicamentos por dois aspectos, tanto problemas na gestão dos recursos e organização dos serviços que resultam na falta de determinados medicamentos essenciais para o tratamento; quanto os encaminhamentos para a compra de novos medicamentos pelos médicos que os acompanham, situação que não é possível inferir se dentro destas solicitações estão presentes as relações de interesse entre a indústria farmacêutica e o profissional médico:

Na verdade, o que chega mais é a questão de quando falta um medicamento. O paciente ele vem num processo de tratamento e aí por má gestão como eu falei, a ausência da compra [...]. São medicações de alto custo, o próprio laboratório não consegue fornecer em tempo hábil, mesmo tendo se tentado comprar em tempo hábil, e aí quando falta assim, a judicialização. Ou, às vezes, o acompanhamento clínico, médico, eles sugerem um tratamento ao qual não tá coberto dentro do SUS, porque existem muitas medicações novas que vão sendo lançadas e o SUS pra entrar dentro de sua tabela de uso, de pagamento, ele precisa ver eficácia, precisa avaliar custo-benefício. [...] E aí termina o médico fazendo relatório específico dizendo qual é o benefício pra aquele paciente específico, de acordo com o câncer dele, e ele judicializa pra que o SUS assim mantenha, mesmo não tando dentro do que tá coberto. O juiz vendo se é benéfico ou não, dá autorização pra que o SUS pague (E-9).

Então, alguém tá sendo ingerente no seu cargo e a ponto de ter uma falta, ou uma descontinuidade de fornecimento de algum medicamento... Geralmente falta de medicação (E-14).

Primeiro a questão de medicamentos! A questão de medicação que é fornecida pelo estado, e que geralmente falta e que atrasa, aí mais uma vez a gente cai na questão da gestão, a gestão de recursos financeiros e administrativos, não é? Aí, são essas questões principalmente que são judicializadas (E-15).

As solicitações envolvendo medicamentos, no caso de pacientes oncológicos, possui ainda outros agravantes, pois além de estar em jogo a continuidade do tratamento, a luta para a concretização desse direito põe em risco a própria vida do paciente. Embora o Código de Processo Civil, estabelecido pela Lei Federal nº 13.105/15 em seu Art. 1048, preconizar a prioridade de tramitação de processos judiciais para pessoas com doenças graves³⁰, e ainda que os pacientes oncológicos tenham ganhado nas causas judicializadas para aquisição de

³⁰ A lista de doenças graves para título da prioridade em processos judiciais está prevista na Lei 7.713/88, quais sejam: moléstia profissional, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose-múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estados avançados da doença de Paget (osteíte deformante), contaminação por radiação, síndrome da imunodeficiência adquirida.

determinados fármacos, as etapas que se seguem para a compra dos mesmos não garante tempo hábil para a eficácia no tratamento.

Um estudo realizado por Vidal *et al.* (2017), com apreciação de solicitações envolvendo medicamentos antineoplásicos, que foram interpostos contra os entes federativos entre os meses de julho e dezembro de 2013, e cuja avaliação técnica foi remetida ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca) a fim de subsidiar o entendimento sobre a complexidade da assistência oncológica e a assistência farmacêutica, aponta três principais aspectos.

O primeiro é que os instrumentos técnico-sanitários atualmente disponíveis para dar subsídios às decisões judiciais envolvendo medicamentos oncológicos são insuficientes e evidenciam uma aparente desarticulação entre os modelos de assistência farmacêutica e oncológica. Assim, “o elevado número de solicitações de medicamentos demandadas pelos cidadãos via poder judiciário pode ser indicativo de dificuldades no acesso aos próprios serviços de saúde, de vazios sanitários e de desatualização das tecnologias disponíveis” (VIDAL *et al.*, 2017, p. 2542).

O segundo aspecto é que tem havido um crescente grau de inovações tecnológicas, inclusive farmacêuticas, na área da saúde, possibilitando a ampliação das alternativas de tratamento também na oncologia. Porém, tais inovações têm sido apontadas como uma das causas para o aumento significativo dos custos para a atenção oncológica em todo o mundo, cujos resultados clínicos são pouco expressivos se relacionados aos elevados gastos. Esse fato, atrelado aos valores insuficientes para a cobertura de gastos com medicamentos inovadores, leva cada vez mais aos processos de judicialização; um exemplo da insuficiência de recursos para tecnologias medicamentosas importantes é a ausência dos medicamentos antineoplásicos na RENAME, o que compromete até mesmo a análise criteriosa para tomada de decisão em demandas judiciais. Outrossim, “A lacuna existente na RENAME compromete a prescrição, a dispensação e o uso seguro e adequado dos medicamentos antineoplásicos, além de particularizar o acesso e promover iniquidades na terapêutica do câncer, contrapondo-se aos pressupostos contidos na descrição da assistência terapêutica integral no SUS prevista no Decreto N.º 7.508/2011” (VIDAL *et al.*, 2017, p. 2543).

Nessa mesma direção, Lima e Silva (2017) problematizam que a elaboração da RENAME, a partir da padronização e classificação de medicamentos, exclui o direito da população ao acesso a medicamentos que não estão no perfil da RENAME. Esse fato faz com que a indústria farmacêutica continue lucrando, pois mesmo que o governo imponha limitações

para a obtenção gratuita de medicamentos, a necessidade da população em relação a outros medicamentos de alto custo continua sempre existindo e fomenta os interesses do mercado.

O terceiro apontamento, que é levantado por Vidal *et al.* (2017), relaciona-se ao elevado montante envolvendo demandas judiciais de medicamentos antineoplásicos. Entretanto, os elevados preços desses medicamentos lançados no mercado, bem como os benefícios clínicos expressos pelos detentores de patentes, são objetos de discussão na literatura dadas as controvérsias em torno da eficácia deles. Nesse sentido,

Estratégias para se contingenciar o processo da judicialização devem ser adotadas, de modo que sejam garantidos os direitos sociais individuais sem prejudicar os da coletividade, tais como: adotar o princípio da juridicização da saúde, observar estritamente os regramentos do SUS, desenvolver estratégias de responsabilidade solidária, privilegiar ações coletivas, utilizar grupos de apoio técnico para a tomada de decisão, atualizar a lista de medicamentos essenciais e os protocolos do SUS, implementar uma política sustentável de incorporação de medicamentos e criar varas especializadas na área da saúde (VIDAL *et al.*, 2017, p. 2545).

É imprescindível ressaltar que as ações acima elencadas pela autora, referentes às estratégias para o contingenciamento da judicialização da saúde, são ações de cunho mais imediatistas, pois é necessário lembrar que os direitos sociais possuem limites que são próprios e estruturais ao atual modelo de sociedade. Dessa maneira, estratégias que perpassam uma transformação total do acesso ao direito à saúde só serão possíveis em outro projeto societário, conforme veremos ao final deste item, com as discussões de Pereira (2011).

Ainda sobre as demandas predominantes, destacadas pelos assistentes sociais, elencamos também as cirurgias e exames e, dando ênfase à questão dos pacientes oncológicos, já que da totalidade profissionais entrevistados, numa variante de oito setores, 17,3% deles trabalhavam na oncologia, destacamos as especificidades desses direitos e seus impactos para o tratamento das pessoas com câncer, como podemos ver tomando como base o relato dos profissionais:

Você descobre que tem câncer, foi diagnosticado, quando ele vai lá pra o início da descoberta da doença, ele precisa da biópsia. A biópsia, pra ele ter acesso a essa biópsia, ele já vai ter uma espera, aí o que é que acontece? Esse cidadão, essa cidadã, vai recorrer à biópsia particular que é muito mais vantajoso correr contra o tempo do que esperar. Diagnosticado, precisa fazer o tratamento, precisa fazer a quimio, precisa fazer a rádio, precisa fazer a cirurgia, e ele vai pra uma fila de espera! (E-6).

Outro processo, existe na verdade uma legislação ampla pra paciente oncológico, uma é a questão mesmo do acesso à reconstrução de mama, que é garantido também pelo SUS, dentro do processo mesmo do momento da retirada da mama. Aqui, a gente tem só um grupo que ainda é muito insipiente, pra dar conta de tudo dentro do HU (Hospital Universitário), aqui não faz! Então aqui faz a cirurgia da retirada, mas não faz a reconstrução. Então, termina sendo judicializado. A gente também tem a questão de, às vezes, problema com a questão do fechamento do diagnóstico em prazo legal. Então quando não consegue, porque o exame demora a marcar, porque demora conseguir uma biópsia, porque demora todo o processo do trâmite legal, do conseguir o especialista, tudo, então não fecha dentro do prazo legal, então a gente termina judicializando (E-9).

Em face do que foi explicitado em uma das falas do assistente social entrevistado, o diagnóstico e início do tratamento oncológico possui um prazo legal resguardado pela lei conhecida como “Lei dos 60 dias”. A Lei Nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, especifica, em seu Art. 2º, que “o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, segundo a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único”. Contudo, as dificuldades para a realização de exames que possibilitam a confirmação diagnóstica fazem com que muitos usuários do SUS busquem a justiça visando ter garantido este direito.

Outro direito mencionado acima, que é garantido desde os anos de 1999, através da Lei 9.797, é a cirurgia plástica reparadora da mama por meio do SUS, nos casos de mutilação decorrente do tratamento de câncer. Muito recentemente, essa legislação foi alterada pela Lei Nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018, a qual garante a essas mulheres que “quando existirem condições técnicas, a reconstrução da mama será efetuada no tempo cirúrgico da mutilação”. Porém, conforme levantado por um dos entrevistados, Aracaju-SE conta com um ainda insipiente serviço de cirurgia plástica para esse tipo de situação, fazendo com que haja um grande fosso entre a garantia legal e a garantia real desses direitos.

Além disso, a própria fase do tratamento, seja com a realização de procedimentos cirúrgicos, quimioterapia ou radioterapia, também estão comprometidas ante a situação de sucateamento da saúde pública no Brasil e, mais especificamente, em Aracaju-SE, como podemos verificar na fala a seguir:

Falando da Oncologia, infelizmente, assim... Hoje nós não temos a radioterapia no Hospital X³¹ funcionando, desde agosto de 2018, e nós estamos com o hospital Y, com duas máquinas, com dois aparelhos. A CLINRADI, por sua vez, é um local privativo, mas pactuou com o governo, com a secretaria de saúde pra atender algumas demandas do SUS, mas isso [...] é estabelecido um quantitativo, enfim. Essas pessoas precisam de tratamento. [...] Se se pensar o quantitativo populacional do estado, quantas máquinas seriam necessárias pra atender essa demanda? Aracaju não atende só os pacientes de Sergipe, circunvizinhos porque tem localidades de Bahia que é mais próximo de Sergipe do que Bahia. [...] Então assim, existe situações que começam a surgir barreiras e esse usuário, ele tem que recorrer pra alguém. [...] Então ele vai e recorre à judicialização (E-6).

O assistente social atuante no pronto socorro de um dos hospitais que compuseram a amostra da pesquisa também acrescentou as dificuldades vividas pelos pacientes que estão há um considerável período de tempo esperando por determinada cirurgia especializada e que, diante de uma crise ocasionada pela falta do procedimento cirúrgico, retornam recorrentemente ao serviço de urgência. Tal experiência evidencia um ciclo de negação de direitos que faz com que tais pacientes transitem por quase todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que, em muitas situações, buscam a rede de atenção básica para marcação da cirurgia e ante a demora no atendimento devido a existência de uma fila que já é “instituída” no SUS, ou da impossibilidade de encaminhamento da demanda por conta da inexistência do procedimento pela rede pública, recorrem novamente ao acesso dos serviços de urgência e emergência.

É, cirurgias mais eletivas [...], exemplo: tem uma paciente que ela é muito recorrente. Ela entra aqui o tempo todo, [...] ela tá sempre aqui. Ela é uma paciente que tá, não sei se é policistas, alguma coisa no ovário, e essa cirurgia não é feita aqui. E ela disse que tenta há anos fazer pelo sistema SUS, pelo município, e não consegue [...]. Vem pra o pronto socorro quando tá em extrema dor, e um atendimento imediato. Precisa de um atendimento pra logo. Então eles vêm pra cá, mas daqui segue o próprio fluxo, fica aguardando justiça, aciona, mas mesmo assim ainda não tem o retorno! (E-11).

Outra demanda expressiva, mencionada pelos assistentes sociais, são as solicitações judiciais envolvendo os cuidados por meio do *Home Care*, entendido como os cuidados que os pacientes irão necessitar no pós-alta, ou seja, no âmbito domiciliar, e que são fundamentais para a continuidade do tratamento e/ou processo de recuperação. Tendo em vista o que foi observado também, a judicialização da saúde envolvendo estes pedidos esteve especialmente presente na fala dos assistentes sociais inseridos no setor da pediatria do hospital de urgência de grande

³¹ Para não a identificação do profissional em seu respectivo ambiente de trabalho, substituímos o nome dos hospitais citados nas falas por letras.

porte e da maternidade, portanto, relacionam-se ao cuidado com o público de crianças e adolescentes. Em algumas falas, a palavra *Home Care* não é verbalmente expressada, porém ao relacionar os materiais e outros insumos como necessários à continuidade do tratamento em âmbito domiciliar, compreendemos que se trata também de situações relacionadas a este serviço, conforme podemos observar:

Quando aparece é pra requerer materiais e equipamentos de saúde necessários para montar o suporte para a chegada do bebê e para a qualidade de vida desse bebê em casa. Gaze, álcool, aspirador, é um balão de oxigênio que seja manual que esteja ali perto em um momento que houver necessidade. [...] Mas geralmente são os materiais de consumo diário do bebê! (E-1).

Tipo, um tratamento de um paciente de longa permanência [...] então, o paciente vai fazer aquele tratamento e com a possibilidade dele retornar ao seu domicílio. Quando o paciente não tem condições de retorno ao domicílio, o que eu vejo, pelo menos a experiência que eu tenho na Pediatria, dos casos de judicialização foi mais de Home Care, por exemplo, que a família não tem condições de custear a continuidade daquele tratamento (E-12).

Continuidade ao tratamento de saúde, por exemplo, em casa pra aquisição de alguns aparelhos, podemos dizer assim, alguns tipos de aparelhos que a pessoa precisa. [...] Tem gente que precisa de outras coisas, sei lá, às vezes cama hospitalar, às vezes, são até recursos que não são... (caros), mas pra família é bem dispendioso (E-13).

A gente tem usuários aqui que necessitam de Home Care, que passam por processos prolongados de internação que não há mais indicação, pra continuar internado em hospital; precisam do Home Care, mas administrativamente não consegue! Porque aí o Estado alega que não tem condições, que o custo é alto [...] e aí, é necessário realmente, dar entrada de forma judicial pra que seja viabilizado esse direito a essa criança! (E-16).

Um ponto que deve ser discutido nos processos judiciais envolvendo a questão do direito à saúde para o público da infância e adolescência, é que o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza em seu Art. 7º que “a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Além disso, algumas alterações no Art. 11º do ECA foram recentemente acrescentadas pela Lei 13.257/2016, tendo em vista incluir o acesso de crianças e adolescentes às linhas de cuidado integral no SUS, observadas, inclusive, as ações e serviços relacionados à promoção, proteção e recuperação da saúde. Em outras palavras, observa-se que a legislação protetiva dos direitos das crianças e dos adolescentes é consolidada, social e historicamente, desde a década de 1990, o que possibilitaria a diminuição das violações envolvendo os direitos dessa faixa etária, porém

assim como o próprio SUS, essa legislação não tem sido cumprida em sua integralidade, deixando o público infanto-juvenil, que possui prioridade na condução das políticas públicas, à margem de direitos essenciais, como o direito à saúde.

O direito ao *Home Care* também não é pauta recente no que se refere à complementaridade do cuidado à saúde, uma vez que, desde o ano de 2002, a Lei 10.424 acrescenta o Capítulo VI e Art. 19-I à Lei 8.080/1990, com a Definição do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar, e estabelece no parágrafo primeiro do referido artigo que “na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio”. Dessa maneira, as solicitações envolvendo profissionais qualificados, insumos e materiais de saúde, aparelhos, etc., também são legitimadas e garantidas pelo SUS, embora esse direito ainda esteja longe de ser concretizado para muitos usuários, o que reforça o fato de que, ainda que a judicialização da saúde tencione o Estado para a concretização de garantias por força de lei, o modelo de gestão das políticas públicas, sob a égide do neoliberalismo, continua por construir muros inacessíveis aos direitos sociais.

A despeito da recorrência dessas demandas que evidenciam a frequente violação de direitos da saúde, dois assistentes sociais trouxeram uma experiência particular, cuja organização coletiva dos usuários levou à garantia do serviço ambulatorial de Hemodiálise, que não vinha sendo fornecido no hospital de urgência de grande porte que constituiu o campo empírico da pesquisa:

De uma fase pra cá não tem tido mais, mas tinha bastante era a questão das vagas ambulatoriais de hemodiálise. Uma ação coletiva da justiça, [...] Ministério Público, coletivamente, convocou o estado, convocou o município e fez uma força tarefa com multa diária se isso persistisse, entendeu?! Então assim, o ganho não foi individual, o ganho foi coletivo! O que me angustia é que a justiça, ela só toma decisões se for acionada, sendo que ela tem uma autonomia enorme de fiscalização, de cobrança, do papel real do Estado. E a hemodiálise foi uma prova disso, foi uma Ação Civil Pública do Ministério Público que trouxe através da judicialização dos processos uma resposta positiva a uma sociedade que foi o fim da fila! (E-10).

Antes, o processo que eu via mais, realmente, era na hemodiálise. A gente via muito, porque o município não disponibilizava, a gente não tinha uma estrutura pra receber todos os pacientes dialíticos, porque eles fazem a hemodiálise aqui de urgência, e precisam ser, continuar o tratamento fora do hospital. [...] Ficaram vários pacientes aqui [...] sem essa vaga externa. Então, muitos [...] entraram judicialmente, mas não foi assim tipo uma pessoa só que conseguiu. Eu acho que quando se formou o bloco, se formou o grupo, foi que eles conseguiram. Então, muitos [...] depois que essa ação individual se tornou

uma ação coletiva, onde todos, eu acho que foi juntando um por um, e depois se tornou uma ação coletiva. [...] Mas, a princípio, o individual, a atitude individual dele não teve um retorno tão logo (E-11).

Levando em consideração o que foi relatado anteriormente no capítulo dois, a Ação Civil Pública (ACP) é um instrumento processual mediatizado pelo Ministério Público, que tem por finalidade atender com maior amplitude os interesses coletivos. Alguns autores, (CARDOSO, 2017; DANIELLI, 2018), defendem esse instrumento como forte estratégia para a concretização do direito à saúde diante de um contexto de não cumprimento regular das políticas públicas já legitimadas.

Por outro lado, é perceptível observar que não há consenso na categoria profissional quanto aos aspectos de individual *versus* coletivo, presentes no contexto de judicialização da saúde, visto que um dos entrevistados, cuja verbalização, inicialmente, evidenciou a questão da Ação Civil Pública no encaminhamento de uma demanda coletiva, retomou a necessidade de priorização no atendimento das demandas de cunho individual, como podemos observar:

Eu só queria colocar que se isso chegar à justiça (risos), que eles atendam quando chegar casos individuais, que eles analisem que **não deixem chegar uma ação coletiva, que, às vezes, o problema de um não é o problema de todos e, às vezes, o problema de todos é de um só...** mas aquele que pediu lá sozinho, tem muita gente que não é igual o fato. **Então deveria ser analisado por indivíduo, entendeu?** Dá mais atenção às solicitações individuais, não chegar ao ponto de ser coletiva. Como a hemodiálise, justamente, que quando a pessoa ia sozinho, não conseguia (E-11).

Ademais, as demandas de menor representatividade no universo das respostas, mas não menos importantes para a integralidade do direito à saúde no SUS, referem-se a internações compulsórias, leitos de UTI, transporte, radioterapia e estrutura física da casa. Vale destacar que, embora não tenham sido levadas em consideração para a construção do gráfico, uma vez que não se constituem enquanto demandas que envolvem diretamente insumos, serviços ou necessidades em saúde, algumas situações foram levantadas pelos assistentes sociais como casos que também foram judicializados pelos usuários do SUS, quais sejam: direito a acompanhante masculino na hora do parto; Benefício de Prestação Continuada; Declaração de Óbito; e seguro para Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT).

A partir da observação do contexto acima explicitado e das demandas apresentadas pelos assistentes sociais entrevistados, gostaríamos de realizar um breve debate sobre os “mínimos sociais”, discutido por Pereira (2011), sob a perspectiva dos autores Doyal e Gough

(1991) acerca das necessidades humanas básicas a fim de trazer à tona alguns aspectos que julgamos fundamentais. Retomar essa discussão consolida, inclusive, o debate já levantado no segundo capítulo referente aos princípios do mínimo existencial, da reserva do possível e do princípio da razoabilidade, apesar, de nesse momento, a discussão ter se restringido mais a uma análise do ponto de vista jurídico.

A análise de Doyal e Gough (1991) *apud* Pereira (2011) concebe as necessidades humanas básicas como fenômenos objetivos e universais, ou seja, para além das determinações naturalistas, relativistas e culturalistas das necessidades, o conceito de necessidades humanas básicas, cuja análise contribui para uma formulação mais confiável e coerente das políticas públicas, perpassa o seu reconhecimento sob o caráter humano-social das necessidades. Assim, ao rejeitar tais determinismos, Doyal e Gough (1991) *apud* Pereira (2011) defendem que a partir de um consenso moral, presente nas diferentes visões de mundo, o desenvolvimento digno de uma vida humana só é possível se certas necessidades fundamentais forem atendidas.

Na ótica dos autores, existe uma distinção entre necessidades básicas e necessidades não básicas, cuja principal diferenciação reside no fato de que a falta de satisfação das necessidades básicas acarreta sérios prejuízos à vida material dos homens e à atuação destes como sujeitos, cujos impactos negativos “impedem ou põem em risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica” (PEREIRA, 2011, p. 67).

Nesse sentido, duas principais categorias objetivas e universais devem ser satisfeitas concomitantemente, que são a saúde física e a autonomia, “ambas são condições prévias ou precondições, cuja satisfação adequada poderá impedir a ocorrência de sérios e prolongados prejuízos à participação social e à libertação do ser humano de qualquer forma de opressão” (DOYAL; GOUGH, 1991 *apud* PEREIRA, 2011, p. 83).

Nessa mesma direção, queremos problematizar a judicialização da saúde a partir da universalidade, princípio, que inclusive, é consubstanciado no SUS à medida que pensa o direito à saúde como necessidade humana básica. Para tanto, é necessário concebê-lo, antes de tudo, como um direito que precede a existência de outros direitos, como o direito de ir e vir, o direito de votar e ser votado, etc., pois sem as condições mínimas de saúde, que perpassam também as condições de sobrevivência, os indivíduos não conseguem desenvolver-se social e coletivamente.

A judicialização da saúde como consequência de um processo de desmonte de direitos sustentado pelo neoliberalismo, como aprofundamento do capitalismo, aponta para a

resolutividade de uma situação individual e, portanto, esvaziada do caráter de universalidade das necessidades humanas básicas defendido por Doyal e Gough (1991 *apud* PEREIRA, 2011).

Uma preocupação que atravessa toda a construção desse estudo é enfatizar que não somos contrários ao acesso ao Poder Judiciário como forma de reivindicação de direitos de quaisquer ordens, sejam eles da saúde, da assistência social, da educação, etc., o que nos inquieta é a forma cada vez mais individualizada de solicitação das demandas sociais, que em um Estado (capitalista) cuja principal âncora é a diminuição e/ou retirada de direitos, transforma a judicialização em um caminho de fragmentação de uma necessidade humana básica. E as perguntas que fazemos é: quais das demandas acima elencadas pelos assistentes sociais são mais “fundamentais”? Quais critérios, em uma sociedade assentada na desigualdade, são utilizados pelos juízes, para determinar, diante do princípio da reserva do possível, a reivindicação que seria mais urgente? Seria a condição de saúde-doença somente? A condição de saúde-doença sozinha consegue realizar um “desempate”, se o conceito de saúde perpassa inclusive aspectos subjetivos e espirituais? Qual usuário possui maior necessidade?

Tais questionamentos devem também ser levantados pelos assistentes sociais a fim de que pensem modos de trabalhar que estejam ancorados em um projeto profissional emancipatório, que não particularize as demandas dos sujeitos sociais, mas consiga realizar as complexas mediações entre singularidade e universalidade presentes na corrente filosófica hegemônica da categoria, isto é, o método em Marx. Nessa perspectiva, Vinagre (2013, p. 115) argumenta que:

Remetendo a luta pela plena efetivação de todas as necessidades humanas aos valores sociocêntricos *emancipatórios*, inspirados na ética socialista e na direção de totalidade, a perspectiva que se anuncia como mais satisfatória é a de realização de mais e mais necessidades e não de uma restrição à política satisfação das “necessidades básicas” dos “mínimos sociais”.

Pensar essas questões instiga compreender que um dos desafios para a saída da atual crise da saúde pública não está somente na judicialização como via de reivindicação e garantia de direitos, mas na construção de um modelo de saúde coletivo que possibilite o atendimento da saúde enquanto necessidade humana básica e, cujas possibilidades estão inscritas em uma outra ordem societária. Nesse entendimento, a compreensão das demandas que emergem no cotidiano dos assistentes sociais diante das articulações com a atual conjuntura e seu encaminhamento, por meio de articulações que excedam as respostas imediatas, constroem no exercício profissional a possibilidade de traçar estratégias comprometidas com um projeto de sociedade aliado à universalização de todas as necessidades humano-genéricas.

3.2.3 Perfil dos usuários

A questão de número seis considerou a necessidade de identificar o perfil dos usuários orientados pelos assistentes sociais quanto à judicialização da saúde, ou seja, verificar as características econômicas e sociais dos usuários que acabam recorrendo a essa estratégia no momento da internação hospitalar. Para tanto, foram considerados os critérios de faixa etária, orientação sexual, moradia, escolaridade e renda. Vale destacar que alguns destes critérios, a exemplo das faixas de idade e níveis de renda, foram estimados com base nos escores considerados pelo IBGE.

Acerca da faixa etária destes usuários (Gráfico 12), observou-se que a maior parte daqueles que buscam a judicialização da saúde concentra-se entre as idades de 19 e 60 anos, isto é, o público que transita entre jovens e adultos. Compreendemos que tal fato relaciona-se à própria tendência da pirâmide populacional dos últimos anos, uma vez que, conforme o último levantamento dos Indicadores Sócio-demográficos e de Saúde no Brasil, a partir de uma série temporal com comparações, entre os censos de 1940 e projeção até 2050, “percebe-se, nitidamente, o salto numérico da população em idade ativa (15 a 59 anos), ou seja, os chamados jovens e adultos, tanto em termos relativos como absolutos” (BRASIL, 2009, n.p.). Portanto, a tendência da pirâmide populacional relaciona-se também ao perfil dos pacientes do SUS atendidos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE.

Por outro lado, devemos também lembrar que essa faixa de idade não possui outras legislações que reforçam a proteção à saúde, a exemplo dos Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, fazendo com que estes sujeitos tenham ainda mais dificuldades em pleitear direitos relativos à saúde, mesmo em face das garantias previstas no SUS.

Apesar de as faixas etárias referentes aos anos de 0 a 12 e 13 a 18 representarem o segundo lugar no gráfico, o que refutaria o fato de este grupo ter uma maior prioridade e proteção nos serviços de saúde, garantidas pelo seu respectivo Estatuto e, conseqüentemente uma menor tendência à judicialização, acreditamos que tal aspecto relaciona-se ao fato de que, na quantidade amostral dos entrevistados, os setores de Pediatria e Maternidade tiveram um número considerável de assistentes sociais que responderam à entrevista.

Além disso, foi verbalizado por um entrevistado que as demandas envolvendo crianças e adolescentes não são mais judicializadas devido o apoio de ONG's no município de Aracaju-SE, mais especificamente no que se refere ao tratamento de câncer. Tais organizações acabam assumindo algumas responsabilidades junto ao tratamento desses pacientes, fazendo com que o

Estado seja “menos” responsabilizado por estes casos, característica que faz parte da atual tendência das parcerias entre público/privado, conforme já discutimos anteriormente:

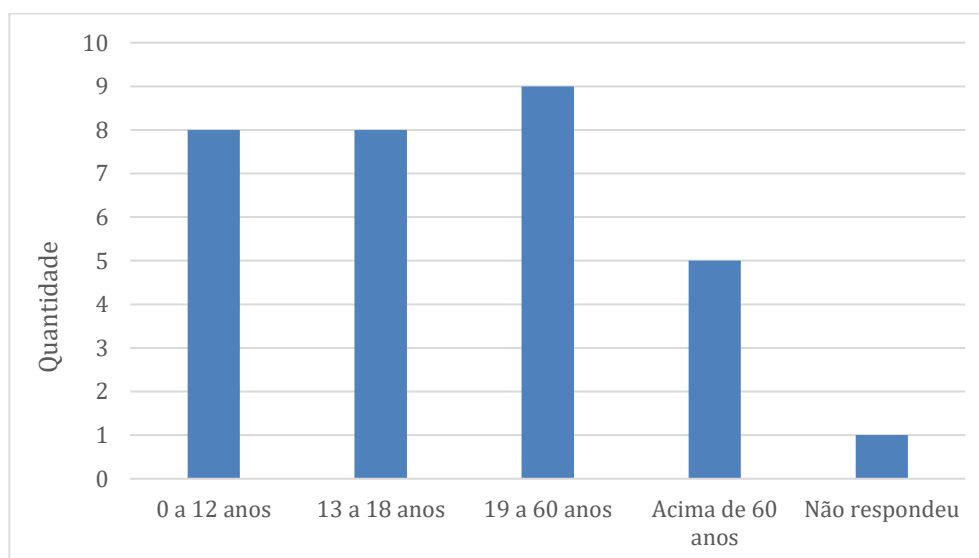
Na verdade, a gente não termina judicializando tanto, porque tem duas casas de apoio infantis, tanto o GAAC quanto a AVOSOS, que mesmo quando o SUS não consegue dar conta, ela dá um bom suporte. Adulto também tem, mas eles não têm tanto, tanta ajuda em relação, como a quimio...Reforma que houve agora aqui dentro da oncologia toda, mesmo dentro do hospital do SUS, quem fez a reforma foi a AVOSOS, a Casa de Apoio da Criança foi quem fez uma ala pediátrica pra paciente oncológico aqui dentro [...]. Apesar que alguns direitos são violados, porém são garantidos através de ONG's (E-9).

Observa-se também que um dos profissionais entrevistados informou não possuir esse dado usando a justificativa de que não tem conhecimento dos casos que são judicializados, como podemos verificar na fala que se segue:

Você sabe que eu não tenho esse dado, porque a gente não tem o conhecimento de quem chegou a ser judicializado ou não. Não chega ao nosso conhecimento (E-14).

Embora tenhamos respeitado a verbalização do entrevistado e, não ter existido nenhum prejuízo para ele no seguimento da entrevista, partimos do pressuposto de que esse aspecto pode estar relacionado à falta de percepção dos assistentes sociais de demandas que não estão tão aparentes, mas que necessitam de uma postura investigativa maior por parte do profissional, conforme discutiremos no item 3.2.5.

Gráfico 12 – Faixa Etária dos Usuários



Quanto à orientação sexual dos usuários (Gráfico 13), verificou-se uma predominância do gênero feminino, seguindo a tendência da Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, para a qual “as mulheres são a maioria da população residente no Brasil (51,9%) e também são as principais usuárias dos serviços de saúde” (IBGE, 2015, p. 36).

Além disso, devemos considerar um outro elemento por meio do qual incide a questão de gênero, que está relacionada às principais demandas judicializadas (item 4.2.2), bem como ao setor onde foi realizado as entrevistas. Tendo em vista o que observamos anteriormente, o segundo maior número de entrevistas foi aplicado no setor de oncologia de determinado hospital e, a partir desse cenário, uma das demandas mencionadas pelos profissionais entrevistados foram as solicitações para cirurgia de reconstituição da mama, uma necessidade que se resume à saúde da mulher. Também, uma outra característica levantada na fala de um dos entrevistados, com relação às demandas das mulheres com câncer de mama, foi o estímulo dos grupos de apoio, como as ONG's, para que aquelas busquem seus direitos. Não obstante as controversas discussões entre responsabilidade das esferas pública e privada, não podemos desconsiderar o papel desses mecanismos de articulação, que em determinadas situações, acabam fortalecendo tais grupos de pacientes, conforme podemos observar:

Na verdade, as que acessam muito, são muito por câncer de mama, como eu falei da reconstituição, essas coisas. E, elas têm um grupo que se chama Mulheres de Peito, que elas trazem esse empoderamento de acesso à justiça, de luta com o secretário, como se fosse até um sindicato, entendeu, nesse sentido de ir em busca dos direitos delas (E-9).

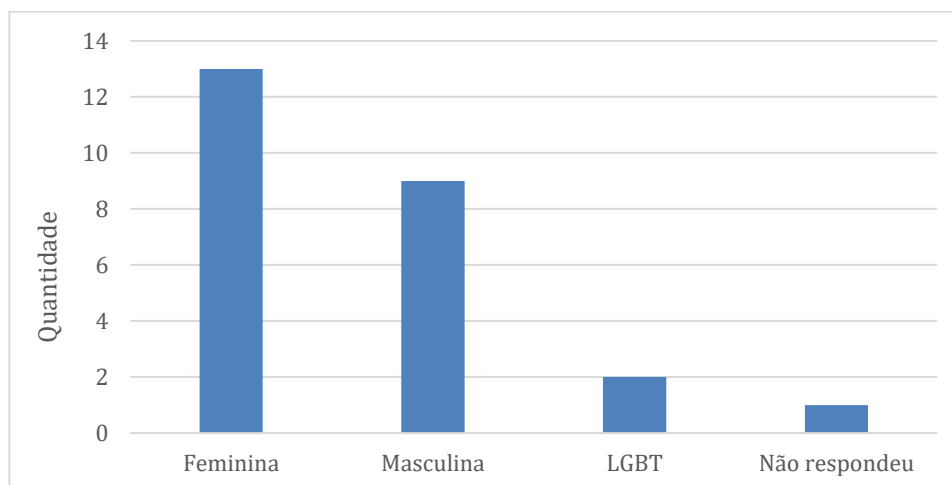
A despeito da predominância do gênero feminino nas solicitações judiciais envolvendo insumos e serviços de saúde, os homens aparecem em quantidade significativa (32%), evidenciando que o cenário de desmonte de direitos incide de maneira heterogênea, isto é, sobre várias categorias sociais; assim, também como é o caso da população LGBT, que também foi mencionada pelos entrevistados.

Desse modo, como na pergunta anterior, um dos entrevistados manteve o padrão de respostas em toda a questão relacionada ao perfil dos usuários, informando não possuir dados referentes às características destes pacientes:

A gente não tem como fornecer, porque quando há judicialização, não há publicização dos casos dentro da instituição. A gente não tem como tomar conhecimento a não ser por uma coincidência, um momento que ele vem pra um atendimento e nos informa: “Ah eu só consegui isso, porque eu tive que entrar na justiça!”. Poucas vezes, a gente escutou essa fala aqui na sala. E

também quando a gente faz nossas visitas ambulatório-enfermaria, eu tento não escutar tanto (E-14).

Gráfico 13 – Orientação Sexual dos Usuários



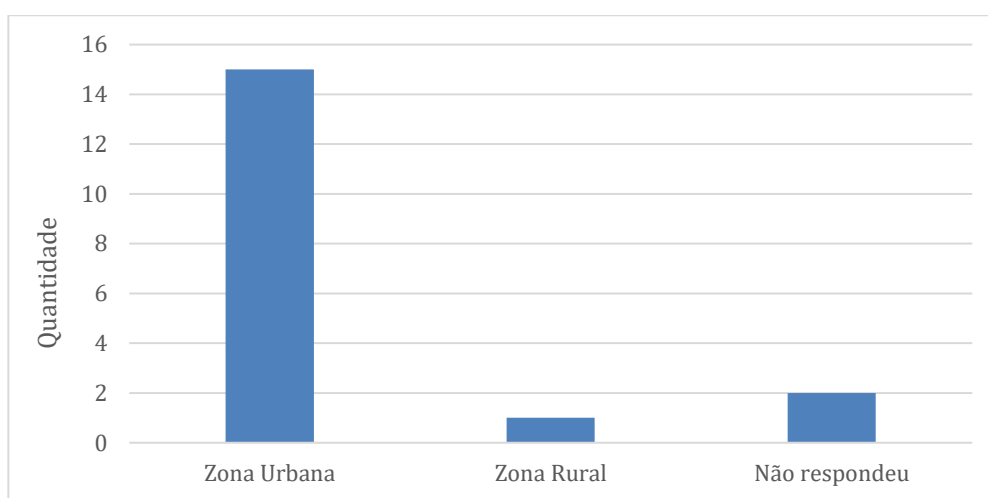
Em relação à moradia, embora não tenha sido possível avaliar outras características como número de cômodos, condições sanitárias, etc., objetivamos verificar especificamente sua localização (Gráfico 14), através da inserção nas zonas urbana ou rural, a fim de compreender como as condições territoriais também possibilitam que os indivíduos possam reivindicar seus direitos, a partir mesmo das condições objetivas que facilitam o acesso à justiça, como a distância dos órgãos responsáveis ou a menor dificuldade em chegar a estes locais.

Verificou-se que, embora não fossem necessariamente usuários residentes do município de Aracaju-SE, pois a rede hospitalar pública da capital recebe pacientes advindos de várias cidades do interior do estado, os assistentes sociais identificaram que as pessoas que provêm das zonas rurais possuem menor nível de esclarecimento e, por conseguinte, refletem menos sobre seus direitos e as possibilidades de reivindicá-los:

No geral, os usuários daqui são advindos de outros municípios, e a gente [...] percebe que pelo fato de tá na zona rural, o acesso é mais difícil. Então assim, [...] o acesso é um pouco mais difícil, a informação também que essas pessoas têm, até o processo de judicializar mesmo, que eles não têm o entendimento, aí que entra assim o papel do assistente social, no sentido de orientar, de esclarecer, de informar de que é direito, de que não é nenhuma benesse, entendeu? Então assim, quando um paciente que é da área rural falando em judicialização, [...] na realidade, é porque ele já passou por um acolhimento de um profissional, porque a princípio, chegam tão fragilizados que até não sabem nem quais são os seus direitos! (E-17).

Mas, para além do nível de esclarecimento desses usuários devemos destacar uma outra vertente de análise: até que ponto a informação enquanto direito chega até os moradores da zona rural? Isto porque o próprio número de equipamentos sociais é substancialmente menor nas zonas rurais e interiores do estado em relação à capital. Ademais, o número de técnicos atuantes nessas regiões também é diminuto em relação a Aracaju-SE, o que possibilita inferir que as informações pertinentes aos direitos da saúde não atingem a todos os pacientes de maneira homogênea.

Gráfico 14 – Moradia dos Usuários



A questão da moradia, somada à duas últimas variáveis de análise do perfil dos usuários que são escolaridade e renda³², gráficos 14 e 15, respectivamente, estão diretamente relacionadas, visto que associam-se ao entendimento de que apesar de o acesso à justiça ser um direito de todos, sua concretização é dificultada para pacientes com menores níveis de escolaridade e renda, pois estes estão limitados por condições objetivas que os colocam em par de desigualdade em relação às pessoas com melhores condições de renda, moradia e escolaridade.

Quanto às questões relacionadas à renda e escolaridade, discutidas no capítulo dois, tratam-se de indicadores controversos na literatura, uma vez que alguns autores (MACHADO, 2015; SILVA JUNIOR; DIAS, 2016) apontam a judicialização da saúde como um movimento que parte de pacientes com melhores condições socioeconômicas. Em contrapartida, outros,

³² Esclarecemos que os gráficos relacionados aos itens de renda e escolaridade dos usuários possuem uma soma das opiniões que excedem a quantidade do número de entrevistados (17), uma vez que nesses itens alguns profissionais sinalizaram mais de uma resposta.

(SILVA, 2016 *apud* OLIVEIRA, 2018, p. 2), identificam que “dos pacientes matriculados por via judicial [...] quase 90% acessou o Sistema Judiciário através da Defensoria Pública, ou do estado do Rio de Janeiro ou da União, o que indica a baixa renda dos solicitantes. Destes, ainda, quase 60% tinham apenas o Ensino Fundamental (34,3% completo e 25% incompleto), o que também fala da baixa instrução escolar deste público”.

No caso da rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE, as demandas judicializadas confirmam uma identificação com a segunda tendência dos autores supracitados, em observância aos dados, cujo nível de escolaridade mais identificado pelos assistentes sociais, no perfil dos usuários, compreende pacientes alfabetizados ou no máximo com ensino fundamental, seguindo-se de não alfabetizados. A questão da renda, por sua vez, também segue a mesma tendência, pois houve predominância as faixas de rendimentos de até um salário mínimo e de um a três salários mínimos, o que evidencia tratar-se de pacientes com níveis econômicos baixos.

Gráfico 15 – Escolaridade dos Usuários

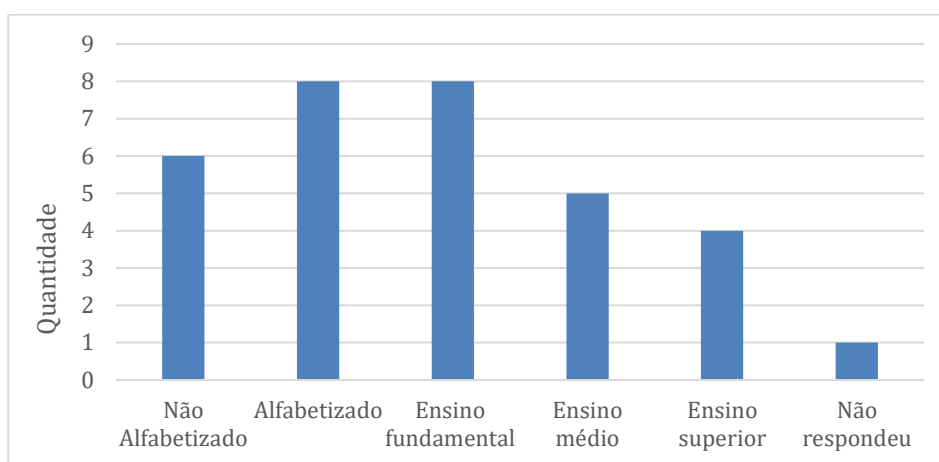
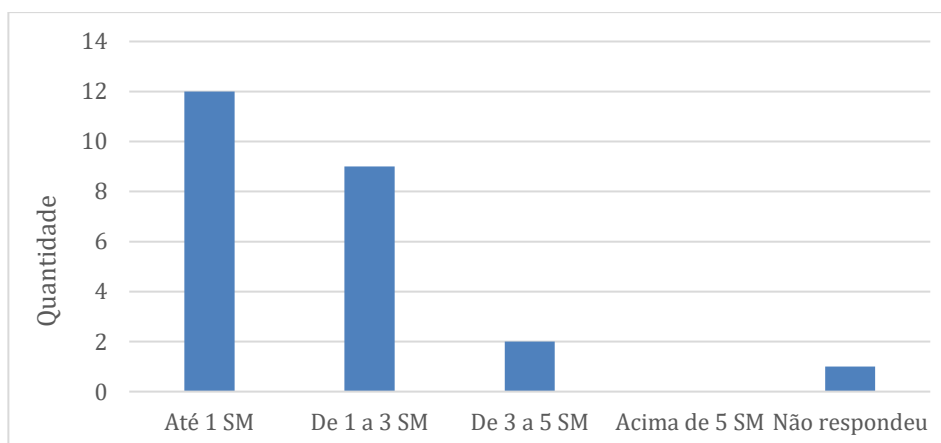


Gráfico 16 – Renda dos Usuários



Porém, pode-se dizer que até mesmo as percepções dos entrevistados quanto a estas características possuem singularidades, a exemplo das falas a seguir, por meio das quais é possível identificar que os usuários não alfabetizados são os que menos procuram a justiça, posto que compreendem que essa estratégia pode prejudicá-los ainda mais no acesso aos serviços e insumos de saúde, ou mesmo não conseguem entender que se trata de uma alternativa para reivindicação de direitos:

Não, a grande maioria não é superior! [...] Até o próprio Sistema Único de Saúde, o tratamento aqui, a grande maioria, não tem nível superior nem tem escolaridade, às vezes. Pode botar médio, ou fundamental. Não alfabetizado tem um público grande, mas não de ir tão atrás, sabe? Termina achando que tá sendo favor e, mesmo que a gente estimule, conscientize: “Não, eu não quero problema comigo!”, essas coisas... eles terminam achando que pode prejudicar o tratamento dele se ele for através da justiça. (E-9).

De uma forma geral, eu acho que assim, ensino fundamental, porque é o perfil mesmo dos familiares daqui. Porque muitas famílias que não são alfabetizadas acabam, mesmo a gente orientando, mas muitas vezes, acabam deixando de correr atrás dos direitos, mesmo com as orientações. Seria uma coisa mais fundamental (E-13).

Nesse sentido, ainda que não haja consenso de qual o perfil predominante, de renda e escolaridade, na população que ingressa com a judicialização da saúde, ressaltamos que em termos de condições de acesso à justiça, “ricos” e “pobres” ocupam locais fundamentalmente opostos nesse processo, já que as condições socioeconômicas, culturais e políticas entre eles, determinam, por exemplo, o conhecimento de seus direitos e a maior possibilidade de reivindicá-los. Logo, concordamos com Sadek (2014, p. 60) quando enfatiza que:

Resulta desse quadro um grave desequilíbrio, caracterizado pela distinção entre, de um lado, os que litigam em demasia, os que conhecem quais são seus direitos e sabem como demandá-los e, por outro, os que sequer conhecem e não reclamam seus direitos. O ingresso no Poder Judiciário contribuiria, dessa forma – por contraditório que possa parecer –, para acentuar as distâncias de natureza social e econômica, atuando como mais um elemento dentre os propulsores da situação qualificada como de desigualdades cumulativas.

Ainda em conformidade com esse entendimento, compreendemos que havendo duas portas para solicitações destes pedidos, uma pela qual transitam pacientes com melhores condições socioeconômicas, e outra, pacientes com recursos escolares e financeiros desfavoráveis, cujas solicitações recaem sobre o mesmo ente, o Estado, há um favorecimento

do primeiro grupo em detrimento do segundo em razão de seu posicionamento nos estratos sociais.

Vinagre (2013, p. 112) corrobora com esse entendimento, destacando que a noção de igualdade típica da sociedade desigual contemporânea está restrita a uma visão jurídico-formal, em que a maior liberdade de uns realiza-se com a perda da liberdade de outros, pois “como para o liberalismo a satisfação de todas as necessidades é inatingível, a solução proposta é a ‘administração da escassez’, tarefa para qual são convocados os profissionais que atuam nas manifestações da questão social”.

Nesta perspectiva, os assistentes sociais são os atores que, constantemente, fazem parte dos processos de “administração da pobreza”, típicos de algumas políticas sociais, a exemplo da assistência social. Sendo assim, apesar de o SUS ser uma política universal que não possui condicionais de renda para o seu acesso, a maioria dos seus usuários possuem necessidades socioeconômicas que rebatem sobremaneira nos aspectos relacionados à saúde.

Portanto, conhecer o perfil dos usuários atendidos é primordial para que os assistentes sociais desempenhem uma prática profissional comprometida com a luta pela defesa dos direitos em saúde e pelo questionamento da igualdade proposta no capitalismo, que tem se resumido cada vez mais aos aspectos formais e sobrevive a partir da supressão de várias necessidades sociais.

3.2.4 Profissionais que orientam o processo de judicialização da saúde

O item em análise está relacionado com a questão de número 7: “Quais profissionais comumente orientam os usuários para recorrerem à judicialização?”. A pergunta teve como objetivo avaliar se os próprios assistentes sociais se reconhecem como figuras centrais nesse processo, uma vez que da análise bibliográfica foi possível verificar que os estudos referentes à temática estiveram relacionados a outros profissionais como enfermeiros, médicos e advogados. A partir dessa observação, pretendemos analisar se essa “ausência” dos assistentes sociais na judicialização da saúde se dava pela não participação desses profissionais nesse contexto ou se acontecia pela falta de produção bibliográfica do Serviço Social a respeito do tema.

Além disso, gostaríamos de esclarecer dois aspectos antes de partirmos para a avaliação das respostas. O primeiro é que, embora durante todo o trabalho tenhamos evidenciado aspectos que situam a judicialização como processo contraditório, pois, ao passo que se constitui uma

alternativa ante a violação dos direitos na saúde, também aponta a fragilidade dessa política, temos a preocupação constante de destacar que não deslegitimamos a judicialização como estratégia para que os usuários possam reivindicar seus direitos, uma vez que a complexidade cada vez maior das demandas da saúde, em alguma medida, não seriam solucionadas através das leis já existentes, o que necessitaria da avaliação do Poder Judiciário nas situações em que isto representasse um impasse em relação às garantias já instituídas. O segundo aspecto é que o assistente social trabalha no âmbito dos direitos sociais e, por conseguinte, nas possibilidades e estratégias para defendê-los. Assim, na medida em que o direito à saúde é negado aos usuários, tal profissional torna-se figura central, visto que deverá possibilitar aos usuários os meios, orientações e esclarecimentos necessários para que estes tenham as condições mínimas de reivindicá-los, assim como o é o acesso à justiça.

Do total de entrevistados, 11,7% dos profissionais relataram que não orientam os usuários para recorrer à judicialização, pois tais solicitações são inseridas no respectivo cenário de trabalho, que é o hospital de urgência mental, por meio de uma demanda externa que são as internações compulsórias. Nesse sentido, não foi possível avaliar a percepção desses entrevistados quanto aos aspectos levantados no item.

Por sua vez, 23,5% responderam que somente o assistente social geralmente orienta os usuários a recorrerem à judicialização quando esgotadas outras possibilidades, o que reforça o fato de ser o Serviço Social uma profissão que tem, enquanto competência profissional “orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos”, conforme destaca o Art. 4º, parágrafo V da Lei de Regulamentação da profissão 8.662/93. Observemos as falas abaixo:

Sinceramente, aqui eu acho que é a gente do Serviço Social. Quando acontece eu acho que parte da gente! Os casos que a gente orienta, que não teve nenhuma resposta... eu acho que a gente do Serviço Social que orienta! (E-4).

O Serviço Social, aqui dentro da instituição, é o Serviço Social que mais orienta eles. É só o Serviço Social, porque geralmente tem os enfermeiros que mandam tudo pro Serviço Social (E-7).

Geralmente, começa pelo Serviço Social a orientação dos direitos. [...] Inclusive é a questão de prontuário, relatórios médicos, tudo isso a gente orienta [...]. Toda a documentação que ela vai precisar, como ela vai buscar, tudo isso é a gente que orienta! [...] A gente orienta quando ela vem com o problema do direito negado pra gente, a gente já vai nesse caminho da orientação à judicialização mesmo, se não tiver jeito (E-12).

Nós, assistentes sociais [...]. Acaba sendo a gente mesmo essa ponte, esse profissional que incentiva, que fica cobrando até deles, que isso seja feito (E-13).

Por outro lado, a maioria dos sujeitos da pesquisa (58,8%), além de elencarem os assistentes sociais, incluíram outros profissionais como psicólogos, técnicos de enfermagem e médicos como participantes desse contexto. E um destaque é que, dentro desse grupo de respostas, seis entrevistados (35,2%), número até maior do que os que identificaram somente os assistentes sociais, reconhecem o médico enquanto profissional que comumente orienta os pacientes a recorrer à judicialização da saúde, conforme podemos observar em algumas falas abaixo:

Aqui, que eu tenha conhecimento, só nós mesmos, assistentes sociais, e psicólogos (E-5).

Acho que mais nós, assistentes sociais, e enfermagem também. Mas, enfermagem, eu não digo o enfermeiro, é mais os técnicos. Enfermeiro nem tanto, mais técnicos, auxiliares! (E-11).

O Serviço Social. Apesar de que, que médico também orienta, viu? Que por exemplo, às vezes tem problemas aqui de pacientes que vai fazer procedimentos cardíacos e, às vezes, tem no caso das cirurgias, não realiza essa cirurgia, que diz que é caro e tudo, então tem que o SUS pagar. Então assim, já houve casos realmente desses pacientes, do médico orientar esses pacientes [...]. Então a gente começa a orientar como é que faz [...]. O assistente social também, agora a maioria realmente, como eu disse a você, é o próprio médico que já diz (E-8).

Eu vejo muito os médicos... orientação médica, médicos. E os próprios assistentes sociais quando esgotam as possibilidades da rede. Da rede institucional, que aí dá a judicialização (E-10).

O Serviço Social faz essa orientação. Médico também, a gente vê muito fazendo, vê também que dependendo do caso, eles orientam a fazer essa judicialização, mas os outros profissionais é mais... geralmente é Serviço Social e os médicos mesmo! (E-15).

Então, é... nós assistentes sociais, e temos médicos também que orientam os pais (E-16).

O próprio médico orienta também e o assistente social que, na realidade, é um processo [...] de esclarecimento mesmo! O próprio assistente social, [...] o médico aparece, até porque assim é comum o discurso de dizer: “olhe, recorra à justiça!”. Eles acabam já sabendo os tratamentos que não têm e que não vai conseguir e[...] informam mesmo! (E-17).

Embora não seja possível inferir sobre as intenções dos médicos no encaminhamento de usuários para recorrerem à judicialização da saúde, no capítulo dois já abordamos alguns aspectos sobre a relação desses profissionais no que tange às solicitações judiciais de

medicamentos de alto custo, cuja vinculação tem como pano de fundo os interesses da indústria farmacêutica. Como apontam Campos Neto, Gonçalves e Andrade (2018, p. 172):

Fica claro como as indústrias farmacêuticas estão se aproximando dos prescritores, que se abrem a elas para promoverem os seus produtos. São estes colaboradores diretos que promovem os discursos necessários que o mundo empresarial precisa para chegar perto daqueles que são os demandantes potenciais das ações judiciais, que favorecem, também, os interesses empresariais. Para justificar a sua atitude de fornecer as prescrições para os advogados entrarem com a ação.

Apesar de ser uma observação que necessitaria de outros estudos para analisar tais correlações de interesses no campo empírico pesquisado, verifica-se que a judicialização da saúde torna-se um campo fértil de apropriação dos interesses do mercado, pois as demandas ajuizadas perpassam não somente a solicitação de medicamentos, mas de cirurgias de alta complexidade, de leitos de UTI, etc., os quais, diante da insuficiência de estrutura do setor público, acabam sendo executados pelos serviços privados, conforme apontam Lima e Silva (2017, p. 162-153), mediante um estudo sobre a judicialização da saúde no estado de Alagoas:

Os procedimentos oriundos das judicializações da saúde são atendidos por intermédio do setor privado. Desta forma, o setor privado de saúde acaba sendo beneficiado[...], já que tem capacidade estrutural e financeira para oferecer o atendimento judicial das demandas da saúde, e, conseqüentemente, apropria-se do fundo público, destinado ao pagamento dos referidos procedimentos, os quais tendem a ter valores muito acima do que é cobrado pela tabela do SUS, pois seguem a lógica do mercado.

Um único profissional (5,8%) mencionou que a judicialização não é um processo que ocorre com frequência no seu campo de trabalho no âmbito hospitalar, mais especificamente no setor de oncologia. Além disso, o assistente social relatou não saber quais profissionais “comumente” orientam os usuários a recorrer ao Poder Judiciário:

Não são coisas comuns de judicialização não! Embora que, realmente a oncologia tá sempre na mídia, é uma questão que tá bem em voga, mas assim, não é algo que a gente veja, assim, que seja coisas que eu tenha dados pra te dar [...]. Comumente, eu não sei dizer quem é o comumente ... porque eu só tenho como dizer da minha atuação. Só tenho como dizer assim o que o Serviço Social faz! E que essa orientação não é comum, mas também não é inexistente! (E-14).

Ainda que a pergunta tenha sido explicada e retomada mais de uma vez, uma das possíveis justificativas para que o profissional não tenha, aparentemente, compreendido o

questionamento relaciona-se com o fato de o ambiente da entrevista ter tido vários complicadores, como o barulho externo, onde ocorria uma missa; o atendimento de outros profissionais que continuavam em atendimento no local; e o som das chamadas telefônicas.

Contudo, podemos entender também que o autorreconhecimento do assistente social enquanto sujeito que defende a democratização dos direitos sociais, relaciona-se com a própria postura profissional, cuja prática está aliada ao fortalecimento das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas. Dessa maneira, há um risco de que, em determinadas situações, o assistente social não se perceba como categoria profissional central para a luta e defesa dos direitos dos usuários.

3.2.5 Participação do Serviço Social no processo de judicialização da saúde

A pergunta de número oito: “Qual a participação do Serviço Social no processo de judicialização da saúde?”, embora se relacione com o questionamento anterior, na medida em que tem por objetivo não somente perceber se os assistentes sociais se reconhecem como figuras centrais nesse processo, se diferencia pelo fato de também avaliar de que maneira esses profissionais se inserem nesse contexto, isto é, qual a participação deles a partir da perspectiva da garantia de direitos, uma vez que, em que pese todos os aspectos já levantados anteriormente, a judicialização ainda se constitui como alternativa para a reivindicação dos direitos na saúde.

Foi perceptível que a maioria dos profissionais (52,9%) reconheceu a participação do Serviço Social na mediação do direito à saúde por meio do processo de judicialização. Os assistentes sociais relataram sobre a importância das orientações prestadas aos pacientes e familiares, cujas informações possibilitam que estes usuários estejam esclarecidos, inclusive do direito ao acesso à justiça, conforme verifica-se em algumas falas abaixo:

Na questão de orientação dos direitos. Orientação dos direitos, fazendo com que ele seja claro e acessível ao usuário. Porque assim, aqui até no Serviço Social da Oncologia tem um procedimento que é o atendimento social, porque como a gente entende a doença oncológica como um processo muito mais amplo do que somente a busca do tratamento clínico. Quando você tem um câncer, ele lhe afeta clinicamente, mas ele lhe afeta a nutrição, o psicológico, o social, o financeiro, toda a rede familiar! (E-9).

Orientação, orientação é fundamental! Que dá orientação é que a pessoa vai partir pra os demais caminhos (E-12).

Mas no sentido assim, como eu falei, a gente acaba orientando [...]. Até porque, às vezes, por exemplo, se for um caso que tá aguardando, só tem alta se tiver esse aparelho, [...] ele vai ficar lá uma longa permanência, porque a

gente sabe que demora [...]. A gente daria esse ponto de partida, nesse sentido mesmo de estimular a correr atrás, a procurar os direitos e colocar na justiça (E-13).

É de orientação, é de orientação! A gente orienta que procure a Defensoria Pública, até pra gente ter uma certeza de que o direito vai ser cumprido! Aí a gente faz a orientação pra que as pessoas procurem a Defensoria Pública pra exigir o cumprimento dos seus direitos! (E-15).

Então, a participação se dá justamente na orientação aos pais, aos familiares. Em alguns casos aqui, eu já cheguei a contactar com Defensores Públicos também, pra ver como andava a questão do processo, pra tentar, pra solicitar agilidade, maior celeridade ao caso (E-6).

A gente assim, esclarece tudo, encaminha, mas no fundo no fundo, a gente entende que é um direito e, a gente sente que naquele momento o familiar do usuário não precisaria tá acessando, se a própria política oferecesse o tratamento! (E-17).

O entendimento dos assistentes sociais acima parte da formulação do próprio Código de Ética do Assistente Social de 1993, cujos princípios fundamentais inserem valores como cidadania, democracia, equidade, justiça social e gestão democrática, todos eles com vistas à universalização do acesso aos bens e serviços disponibilizados por meio das políticas sociais. Dentro da política de saúde, esses princípios são reafirmados quando o assistente social atua no sentido de fortalecimento do SUS e na luta pela sua efetivação e materialização consolidadas nas demandas dos usuários.

Na verdade, para compreender a inserção do assistente social no contexto das políticas sociais e, conseqüentemente, na prerrogativa do acesso aos direitos, é necessário destacar a especificidade desse trabalho inserido nas relações sociais no capitalismo, uma vez que o Serviço Social, enquanto especialização do trabalho coletivo, possui uma intencionalidade própria desse modo de produção.

Para Netto (1992), o sentido original da profissão perpassa pelo campo dos mecanismos que funcionam como reforço do poder econômico, político e ideológico no sentido de subordinar os trabalhadores aos ditames da classe dominante. Sendo assim, a profissão, nesse contexto, acaba funcionando como estratégia do Estado burguês, que por intermédio das políticas sociais, intervém de maneira sistemática e focalizada na questão social. É importante salientar que, no marco da fase monopólica do capitalismo, embora a política social tenha um status de direito, a mesma atua na “questão social” de maneira fragmentada, visto que, tratá-la em sua totalidade, é colocar em xeque a relação capital *versus* trabalho e, portanto, a própria ordem burguesa.

Por outro lado, para além do seu carácter funcional ao capitalismo, o Serviço Social, através do seu desenvolvimento histórico, político, social e ideológico e da construção do projeto ético-político, constrói possibilidades de oferecer efetivas margens para a construção de movimentos alternativos em seu interior que provoquem a constituição de novos projetos societários. Esse processo de comprometimento com um movimento de maior amplitude, direcionado para uma nova ordem societária, delineia-se, especialmente, a partir da década de 1980, com o movimento de renovação da profissão.

Um segundo grupo de assistentes sociais (11,7%) também elencou a participação dos profissionais de Serviço Social por meio das orientações e esclarecimentos dos direitos dos usuários; mas além disso, acrescentou a elaboração de relatórios sociais ou o levantamento dos documentos necessários para que o paciente ou seus familiares possam acessar à justiça:

É na elaboração de relatórios, na orientação dela na questão de documentos necessários pra chegar até lá, é no conhecimento da realidade social e da rede sociofamiliar [...]. Então, é nesse momento que ele acaba sendo uma peça principal nesse processo, porque ele que vai preparar esse relatório social, é ele que vai solicitar da equipe tudo que é necessário e que vai orientar a família quanto à documentação necessária, e quanto à importância de buscar na justiça a garantia do direito do filho, da criança que é prioridade absoluta frente tudo! (E-1).

Então... quando se sinaliza a possibilidade da judicialização enquanto assistente social [...] a gente tanto orienta a família, os caminhos que ela vai percorrer a partir daquele momento do processo, como fornece também a parte documental, relatórios sociais, declarações de internamento, orientações dentro da rede de saúde onde ela pode buscar outras provas (E-10).

É de suma importância sublinhar que, na verbalização do entrevistado número um, foi relatada a importância da articulação do Serviço Social com a equipe multiprofissional, a qual possibilita a implicação de todos os profissionais envolvidos no cuidado para com o usuário, a fim de que no campo de suas ações específicas, possam disponibilizar para o paciente os meios necessários para que este possa acessar à justiça, a exemplo dos relatórios médicos, cópias de prontuários, declarações, etc. De acordo com o que foi exposto anteriormente, a figura do médico é bastante presente no encaminhamento de usuários para recorrerem à judicialização da saúde e, portanto, a emissão de relatório médico é fundamental para justificar o pedido via judicial.

Todavia, é sabido que, no âmbito hospitalar, as relações entre pacientes e médicos ainda são visivelmente hierarquizadas. Não são raros os casos em que pacientes e familiares sentem

“medo” de solicitar relatórios aos profissionais médicos ou mesmo terem seus pedidos tratados com indiferença. Nestas situações, os próprios assistentes sociais acabam sendo a ponte que viabiliza aos usuários o acesso a esse instrumento ou mesmo vivenciam situações de enfrentamento junto aos médicos para que o paciente tenha posse de tal documentação, que também constitui um direito seu, caso dele precise.

Também, deve-se ressaltar que as orientações prestadas pelo assistente social, como as identificadas pelos entrevistados no processo de judicialização da saúde, devem romper o caráter de imediatividade e pontualidade em face das demandas cotidianas, que são inúmeras e urgentes, a fim de que o profissional imprima um direcionamento político em suas ações. Isto porque, conforme indica Iamamoto (2007), apesar da profissão situar-se predominantemente no âmbito político-ideológico de controle social e reprodução da ideologia dominante, existe, a partir desse caráter político do trabalho do assistente social, a possibilidade de redirecionar o sentido de suas ações no movimento contraditório das relações sociais capitalistas. Nessa esteira, ao prestar orientações a usuários e/ou familiares, o assistente social deve possibilitar um terreno fértil de outras possibilidades, visto que o caráter político de sua atuação se insere na intencionalidade profissional que foi construída por intermédio do processo de renovação do Serviço Social, ou seja, aliando-se com a perspectiva de articulação com as classes trabalhadoras e a defesa de seus interesses e demandas.

Por fim, damos destaque também à fala de um dos entrevistados, que foi o único (5,8%) que mencionou não haver nenhuma participação do Serviço Social junto ao processo de judicialização da saúde. Na verdade, inicialmente, o profissional demonstrou não ter compreendido o questionamento, de modo que o pesquisador explicou não se tratar da presença do assistente social nas audiências de resolução dos litígios da saúde, mas sim na mediação que esse profissional faz para que os usuários sejam orientados quanto ao direito de acessar à justiça. No entanto, ainda assim, o sujeito da pesquisa foi enfático ao informar que as situações de judicialização não demandam uma atuação recorrente do Serviço Social, conforme podemos observar:

Nenhuma! Nós nunca fomos chamados assim a reuniões do Ministério Público... (Explico que não é no sentido de andamento do processo e sim nas etapas de orientação). Não, não. Acho que a gente não tem tanta atuação na judicialização não! (E-14).

Na verdade, essa verbalização nos leva à percepção de que, em diversas situações do cotidiano profissional, os assistentes sociais não percebem a existência “oculta” de algumas

demandas, pois não conseguem realizar as mediações necessárias que possibilitem desmistificar a realidade a partir de uma aproximação que rompe com a aparência dos fatos, isto é, das situações trazidas pelos usuários e que não são imediatamente percebidas num primeiro momento. Esse exercício consubstancia o próprio método marxista, hegemônico na categoria profissional, que se situa a partir do movimento de aproximações sucessivas da realidade, cujas mediações permitem ao Serviço Social transitar entre a aparência e a essência da realidade.

No cotidiano, é onde as relações entre indivíduo e sociedade ocorrem espontaneamente, ou seja, mediante uma identificação imediata e acrítica. Porém, essa imediatez não significa a ausência de mediações, mas seu ocultamento dado pela aparência dos fatos e pela rapidez, bem como a espontaneidade com que são apreendidos (BARROCO, 2008). Romper com a aparência imediata com que as demandas da política de saúde aparecem no cotidiano para os assistentes sociais é um desafio para a profissão, uma vez que:

A prática profissional não tem o poder miraculoso de revelar-se a si própria. Adquire seu sentido, descobre suas alternativas na história da sociedade da qual é parte. Assim sendo, é lançando um olhar para mais longe, para o horizonte do movimento das classes sociais e de suas relações nos quadros do Estado e da sociedade nacional, que se torna possível desvelar a prática do Serviço Social, apreender os fios que a articulam às estratégias políticas das classes, desvendar a sua necessidade, os seus efeitos na vida social, assim como os seus limites e suas possibilidades (IAMAMOTO, 2004, p. 120).

No item que se segue, daremos prosseguimento à discussão de alguns elementos a respeito da categoria cotidiano a fim de compreender sua implicação no exercício profissional do assistente social, e as mediações que são necessárias para que o profissional oriente sua ação sob uma perspectiva crítica e consubstanciada com as necessidades objetivas dos sujeitos.

3.2.6. Principais impactos da judicialização da saúde no exercício profissional do assistente social

A questão de número nove encerra o instrumento de coleta de dados para a realização da pesquisa em tela e, para concluir, ou até mesmo ser ponto de partida para outros espaços de discussões, a pergunta teve por objetivo avaliar os impactos da judicialização da saúde no exercício profissional³³ do assistente social.

³³ O termo “exercício profissional” foi utilizado pela pesquisadora a partir do entendimento das especificidades de vários autores quanto ao uso dos termos prática profissional, ação profissional, trabalho, etc., segundo apresenta Vasconcelos (2013, p.140) “[...] alguns utilizam o termo prática, como

Na verdade, esse objetivo tem como pano de fundo as hipóteses da pesquisa, que inserem a judicialização da saúde enquanto uma consequência direta do neoliberalismo e, por conseguinte, traz rebatimentos para o trabalho dos assistentes sociais inseridos nessa política. O entendimento dessa relação é que, ante o processo de desmonte da política de saúde, o trabalho do assistente social é diretamente afetado pela ampliação das demandas sociais, dadas pelas diversas expressões da questão social; pelo aprofundamento das necessidades dos usuários que requisitam ao assistente social novos direcionamentos profissionais; e o principal desafio, como aliar o exercício profissional com a luta e interesse dos trabalhadores dentro do contexto contraditório das relações capitalistas, no qual estão inseridas as políticas sociais.

A questão em tela tornou-se de difícil análise, uma vez que as verbalizações dos sujeitos da pesquisa foram bastante heterogêneas e apresentaram resultados diversos aos esperados pela pesquisadora. Porém, compreendemos que tal fator relaciona-se com o próprio método escolhido para a realização da pesquisa, visto que ele parte da realidade objetiva e das necessárias aproximações com o objeto pesquisado e suas contradições.

Não obstante a heterogeneidade das respostas, uma característica foi comum à maioria dos entrevistados (82,3%): a não identificação dos impactos da judicialização da saúde para o exercício profissional do assistente social ou mesmo uma identificação restrita a aspectos subjetivos e não ao contexto macro econômico e social. Somente um pequeno número de entrevistados (17,6%) levantou alguns elementos dos rebatimentos da judicialização no trabalho do assistente social. Nesse sentido, identificamos, no conjunto de respostas relacionadas à respectiva questão, quatro principais tendências de análises dos sujeitos, as quais elencaremos a seguir.

No primeiro grupo de respostas, identificamos que os sujeitos da pesquisa (23,5%) retomaram em suas falas elementos já respondidos em outras perguntas, como o significado da judicialização da saúde, a possibilidade de garantia dos direitos dos usuários a partir dessa estratégia, etc., conforme podemos observar a seguir:

Então, enquanto assistente social você vê o usuário tendo acesso ao, por exemplo, lá o tratamento, pra mim é algo assim que me deixa feliz, porque aquele paciente tá fazendo. Mas situações recorrentes de judicializações, a

Guerra (2009); outros optam por ação profissional, a exemplo de Mito (2007); outros, como Iamamoto (1998; 2009), defendem o termo trabalho, destacando que o uso deste em lugar de prática profissional não indica uma simples mudança de terminologia, mas a ultrapassagem de uma concepção que se referia exclusivamente à atividade do assistente social, como se os componentes desse exercício profissional (a dinâmica institucional, as políticas sociais, etc.) tivessem com ele uma relação de externalidade; já analistas como Lessa (2007) questionam tal uso do conceito de trabalho, trazendo à tona uma polêmica discussão”.

gente vai chegar até onde? Eu fico feliz quando aquele usuário teve o acesso ao que ele precisa e, ao mesmo tempo esse impacto, como eu coloquei, essas judicializações, elas precisam tá acontecendo sempre? Ou elas são evitáveis, desde quando haja essa articulação, quando haja esse diálogo, quando haja uma interlocução entre quem está na saúde, com quem tá lá na outra ponta, pra poder evitar isso? Porque vai recair também sobre o Estado, os profissionais, os próprios profissionais que são funcionários públicos (E-6).

Na verdade assim, eu acredito que ela é mais um aparato pra fazer com que a gente consiga proporcionar ao usuário, ele ser o cidadão da sua história. Porque, pelo menos eu atuo muito como que dando ao usuário a propositiva dele poder correr atrás do que lhe é de direito. Então a gente termina, ela termina sendo um suporte pra que a gente consiga fazer com que o usuário acesse o que tá sendo violado um direito dele à saúde [...]. Não vejo que ela me atrapalha de forma negativa não. Eu acho que é mais um suporte mesmo pra que a gente possa fazer com um grupo vulnerável ao qual tem maior dificuldade a tá acessando, conseguir tá sendo garantido o seu direito (E-9).

No momento da coleta de dados, em várias entrevistas, a pesquisadora precisou interromper os entrevistados em suas respostas para que os mesmos compreendessem que o que se pretendia nesse momento era o entendimento dos assistentes sociais quanto aos rebatimentos da judicialização da saúde em seu próprio contexto de trabalho. Acreditamos que isso não tenha relação com a clareza e objetividade da pergunta, uma vez que na aplicação dos pré-testes os profissionais não demonstraram dificuldade na compreensão do questionamento em si e, na realização do primeiro pré-teste, o profissional entrevistado elencou elementos esperados pela pesquisadora, mas que não puderam ser utilizados na amostra pelas justificativas já tratadas anteriormente.

Ainda dentro desse mesmo grupo de respostas, somam-se outros 23,5% profissionais que realizaram uma separação entre aspectos positivos e negativos referentes à judicialização da saúde, porém sempre relacionando-os aos usuários e, não necessariamente, ao trabalho do assistente social:

Tem algumas judicializações que a gente fica até feliz [...]. Porque a gente entende que diante de um serviço que está sobrecarregado, [...] e às vezes não consegue internar porque não tem, aí eu acho até viável quando ele vem judicializado [...]. **Aí um ponto positivo é mais por esse lado mesmo. E o negativo é essa sobrecarga de pacientes judicializados,** impedindo com que às vezes eles até já aptos, assim inseridos na sua comunidade, na vida social e não consegue, porque quando o paciente ele tá judicializado tem alguns juízes que eles assinam os autos solicitando que, mesmo ele estando de alta, comunique-se previamente a este juízo [...]. Aí o paciente às vezes a gente cumpriu a ordem de internação, já evoluiu pra alta médica e, às vezes, ele permanece mais tempo de alta inserido no serviço [...] aguardando essa, entendeu? (E-2).

Eu creio que seja positivo, até porque a gente não faz nada que não ultrapasse a nossa demanda, entendeu? Porque assim, pelo que a gente sabe, eles conseguem resolver os problemas deles, então eles resolvendo pra gente é positivo, entendeu? [...] Quando a gente orienta, quando a gente passa pra eles que eles vão pra resolver muitos, às vezes, aparecem por aqui: “Olha, consegui resolver, fiquei feliz!” [...] Então, pra gente isso é positivo, entendeu? (E-7).

Então... foi como eu discuti inicialmente, a judicialização como um impacto no exercício é porque você vê aquele sujeito tendo acesso a um direito. **A parte negativa pra mim é que essa justiça não reverte isso coletivamente, entendeu? Então é pontual, a judicialização infelizmente é uma saída pontual, que não resolve o problema coletivo** (E-10).

Tem impactos positivos e negativos. A parte positiva é quando você recebe uma resposta positiva, eu digo os pacientes recebem uma resposta positiva. Exemplo desse, da hemodiálise, dessa ação coletiva que foi várias pessoas que receberam, foi contemplado. Porém, depois desse período ficou portas fechadas novamente [...]. Porque quando eles recebem uma resposta negativa, quando eles não são atendidos mediante a solicitação, recai pra gente! A gente fica com toda a demanda e a gente tenta, com diálogo tentar amenizar a convivência dele aqui dentro do hospital! (E-11).

O segundo grupo de respostas (23,5%) também não identificou a relação da judicialização da saúde com a atual conjuntura e não insere no exercício profissional do assistente social os rebatimentos advindos desse cenário. Ademais, destacam elementos que identificam a existência de rebatimentos muito mais relacionados a sentimentos e sensações, como contentamento, satisfação, frustração, tristeza e empoderamento do que com a própria realidade concreta:

Ele é positivo nesse sentido, porque a gente vê, pra gente o gratificante não é aquela mulher só que entra, é a mulher que sai e que sai com seu filho, e quando ela entrou aqui ela entrou cheia de esperança, expectativa, criou um vínculo, um amor com aquele bebê dentro dela [...], e quando ele chega anterior a isso, chega com cinco meses, vinte e pouco semanas, é que ela tem uma permanência maior, que ela vê cada luta, cada superação daquele bebê, então pra gente que acompanha essa mãe no dia-a-dia, **o impacto maior é o grau de satisfação** em entender que acima tem Deus, mas que tanto profissionais, quanto a própria busca desses direitos deu certo, e que ela tá saindo com aquilo que ela veio aqui buscar. **É muito triste pra gente** quando a gente não vê esse resultado dando certo, quando a gente vê muitas vezes sonhos não se concretizando, perdas acontecendo, aí pra gente isso daí é angustiante, o profissional (E-1).

Então, o meu maior... a questão da frustração é que talvez não precisasse da judicialização por algo que é nato [...]. Mas eu acredito e confio que já que é pra fazer valer, então, enquanto assistente social, que seja judicializado! Pra profissão, é o que a gente estuda assim, aquela coisa de ter alguém sempre tentando nos barrar, nos cortar, porque muito do que a gente tem na universidade, é que a gente não deixe que isso aconteça. Mas quando a gente

vem pro profissional, algumas coisas têm que ser limitadas, porque a gente não tem como garantir! (E-5).

Empoderamento... porque assim, eu acho que a gente... às vezes, a gente se envolve tanto com a questão, **que a gente sente mais é fragilidade!** Gente, isso aí é terrível, porque quando a gente orienta ele, a gente já orienta o paciente ou o familiar na certeza de que o médico já vai solicitar o exame mais específico ou uma avaliação dessa outra especialidade, pra que ele, se for fazer outro procedimento, já fique aqui mesmo pra dar continuidade ao tratamento e, muitas vezes, isso não acontece. Então, a gente se frustra muito nessa questão. **Pra mim é frustração...** Porque a gente é frustrado demais! [...] Pra mim, é um impacto negativo, com certeza! (E-8).

Embora estes aspectos também estejam presentes nas relações sociais estabelecidas no cotidiano profissional, tais sentimentos e sensações não estão no cerne das contradições que sustentam a sociedade capitalista e suas manifestações junto ao conjunto das políticas sociais. Nessa direção, ainda que a política de saúde apresente peculiaridades relacionadas ao sofrimento dos seus usuários, causados pelos processos de adoecimento, as quais também se expressam no trabalho do assistente social, não são esses elementos que justificam ou mesmo direcionam os pacientes e familiares a buscar a judicialização da saúde para a resolutividade de seus “problemas”.

No exercício de desvelamento da realidade através do próprio contato com a mesma, seja por meio da pesquisa científica, seja através trabalho, é fundamental compreender que a capacidade teleológica que incide sobre a categoria trabalho, discutida por Marx (2014), não é garantia de que o que se planejou no plano ideal tenha concretude idêntica na realidade projetada. Por que remetemos a essa análise ontológica? Porque, no decurso da pesquisa, a pesquisadora imaginou alguns resultados que não se objetivaram diante das respostas dos assistentes sociais, como por exemplo, a não identificação dos fatores que contribuem para o processo de judicialização da saúde (questão de número três), e os impactos desse processo para o exercício profissional do assistente social (questão de número nove). Esse fato, conforme já expressado anteriormente, relaciona-se com a própria escolha do método que fundamentou o estudo para o qual partem do real as determinações que incidem sobre o plano ideal.

Em face disso, percebemos a necessidade de discussão de alguns elementos que contribuem para compreendermos o que tem impossibilitado os assistentes sociais, sujeitos da pesquisa, de articular as expressões da realidade e suas relações com o exercício profissional.

Um primeiro elemento que julgamos pertinente é a discussão acerca dos processos de trabalho levantada por Iamamoto (2007). Para a autora, não existe um processo de trabalho do assistente social, mas processos de trabalho nos quais se inserem estes profissionais, pois, na

condição de trabalhador especializado, inserem-se nos processos de trabalho coletivo. Assim, embora os profissionais possuam relativa autonomia teórica, técnica e ético-política, não prescinde dos “condicionantes externos”, isto é, dos meios de trabalho e condições necessárias para sua objetivação, pois seus processos de trabalho estão engendrados nas relações capitalistas e, conseqüentemente, nas relações de poder institucional, diretrizes das políticas sociais públicas ou empresariais, dos recursos humanos e financeiros, etc.

Nesse viés, identificamos que as diferentes perspectivas expressas pelos sujeitos da pesquisa em relação aos impactos da judicialização da saúde na sua prática profissional relacionam-se, primeiramente, aos distintos processos de trabalho nos quais os entrevistados estão inseridos e, portanto, os coloca em posição de diferentes percepções.

Em contrapartida, inferimos que essa ausência de articulação do exercício profissional com o contexto capitalista pode estar relacionada com a fragilidade com que os assistentes sociais apreendem a própria realidade objetiva, visto que:

O acompanhamento dos processos sociais e a pesquisa da realidade social passam a ser encarados como componentes indissociáveis do exercício profissional, e não como atividades “complementares”, que podem ser eventualmente realizadas, quando se dispõe de tempo e condições favoráveis [...]. O desconhecimento da matéria-prima de seu trabalho contribui para que o profissional deixe de ser sujeito de suas ações e consciente dos efeitos que elas possam provocar nos processos sociais e das múltiplas expressões da questão social (IAMAMOTO, 2007, p. 101).

O terceiro grupo de respostas (11,7%), observado na questão, é formado pelos entrevistados que alegaram não possuir nenhum impacto direto da judicialização da saúde para o exercício profissional do assistente social:

Não, não acredito que haja impacto não! Até porque a gente tá aqui no hospital pra permitir mesmo o acesso a esses direitos, nem que seja por via judicial. Então, que a gente trabalha a todo o momento com a orientação, com o encaminhamento pra que o usuário consiga ter acesso àquilo que ele precisa no momento do tratamento. Então, o impacto pra gente, eu acho que é quase inexistente! (E-14).

Não diretamente! Acredito que não diretamente... Isso gera mais impacto junto às famílias, [...] pela demora do processo de judicialização, que é sempre muito mais demorado. E... acho que impacta indiretamente ao Serviço Social! [...] Mas diretamente eu acredito que não! (E-16).

Para refletir sobre a não identificação dos assistentes sociais quanto aos elementos presentes em seu cotidiano profissional, trazemos a análise de Guerra (2011) sobre o

conhecimento enquanto produto histórico-social, que contempla, tanto a experiência empírica dos sujeitos quanto os conceitos pré-existentes. Na visão da autora, o conhecimento, ao ser processado pelo estabelecimento das relações entre os fatos, é constituído por meio das necessidades dos sujeitos reais e, nesse contexto, a prática pode ser compreendida como uma ação racional dos sujeitos, ou seja, elaborada mediante sua implicação na realidade objetiva. Portanto, há um processo de auto-implicação entre conhecimento e prática, através do qual as elaborações teóricas constituem-se em umas das formas de objetivação humana.

Dessa forma, a posição dos sujeitos no processo do conhecimento, isto é, a escolha de referências teóricas capazes de possibilitar explicações mais aproximadas da realidade não é importância secundária, mas adquire centralidade para que os agentes profissionais direcionem sua prática profissional orientada para a legitimação ou questionamento do pensamento racionalista formal³⁴ do capitalismo monopolista (GUERRA, 2011).

Sendo assim, o obscurecimento da realidade objetiva dado pela não apropriação dos assistentes sociais dos elementos que possibilitam o seu desvelamento, como a pesquisa social, corrobora para que as próprias condições de trabalho e os aspectos a elas relacionados, como precarização dos serviços, aumento da demanda de atendimentos, insuficiência de recursos financeiros, etc., todos estes elementos relacionados à judicialização da saúde, não tenham sido compreendidos pelos entrevistados.

O segundo elemento a ser discutido para refletirmos sobre a não identificação dos sujeitos da pesquisa acerca dos impactos da judicialização da saúde sobre o exercício profissional é a categoria do cotidiano. Para que a prática profissional seja pensada criticamente à luz das necessidades dos usuários e da totalidade das relações sociais é necessário que os assistentes sociais, em algum momento, exercitem a suspensão da cotidianidade, uma vez que esta, embora seja imanente à realidade objetiva, expõe apenas a aparência fenomênica dos fatos.

³⁴ O novo padrão de racionalidade, exigido pela ordem capitalista na era dos monopólios, passa a necessitar de profissionais para a “operacionalização de medidas instrumentais de controle social, o controle de técnicas e tecnologias sociais (...) enquanto meios de influenciar a conduta humana, adequando-as aos padrões legitimados de vida social, manipulando racionalmente os problemas sociais, prevenindo e canalizando a eclosão de tensões para os canais institucionalizados estabelecidos oficialmente”(Iamamoto e Carvalho, 1986:112) [...]. A perspectiva racionalista, ao privilegiar a forma sob a qual as políticas sociais aparecem, qual seja, sua fugacidade, em detrimento da sua essência: o caráter compensatório das políticas sociais, acaba por configurá-las, apenas com o perfil indefinido e fluido que reveste sua aparência [...] Neste âmbito, o que aparece como a essência das políticas sociais – a reposição dos índices de mais-valia expropriada do trabalhador – nada mais é do que a mera aparência, já que, conforme afirmamos, a lógica de constituição das políticas sociais nega qualquer componente distributivista (GUERRA, 2011, p. 135-136).

Por outro lado, tal exercício não excede a cotidianidade, mas completa-se nela por meio da interlocução com o arcabouço teórico, conforme considera Guerra (2011, p. 180):

Esse processo se realiza por meio de contradições que envolvem teoria e prática e encontra seu substrato na história: se as elaborações teóricas só se efetivam quando os sujeitos suspendem, temporariamente, as atividades da vida cotidiana, estas têm na vida cotidiana a sua matéria-prima; se no cotidiano imperam a repetição, o mimetismo, a padronização, as analogias, são nessas regularidades e continuidades – na substância da história – que residem as possibilidades da teoria [...]; se é no cotidiano profissional do assistente social que sua instrumentalidade se materializa, desse mesmo cotidiano emergem mediações que lhe requisitam níveis de racionalidade mais elevados.

Por isso, compreendemos que, se a prática profissional na área da saúde insere o assistente social num contexto de imediatez a partir das relações do cotidiano, seja pelas demandas de saúde dos usuários, que são cada vez mais urgentes, uma vez que envolve a própria manutenção da vida biológica, e não somente essa; ou pelas condições de trabalho, que sobrecarregam estes profissionais em números de atendimentos; é fundamental que os assistentes sociais tenham momentos de reflexão que possibilitem as elaborações teóricas necessárias para um exercício profissional que atente para suas relações junto ao contexto econômico, social e político, e os rebatimentos advindos dessa conjuntura.

O quarto grupo de respostas, identificado na questão em tela, compreende os assistentes sociais que, em alguma medida, elencaram os rebatimentos do processo de judicialização da saúde sobre sua prática profissional. Com base no que observaremos a seguir, 17,6% dos profissionais referiram sobre a problemática da limitação das políticas sociais, bem como o impasse do crescimento de demandas para os assistentes sociais e a necessidade de dar respostas a tais solicitações dos usuários que veem nesse profissional a imagem de “garantidor” de direitos, quando na verdade, são apenas mediadores destas garantias:

Eu acho que não só pra profissão, eu acho que pra sociedade de modo geral. Porque é como a gente tava conversando, se tudo começar a ser judicializado, significa dizer que as políticas públicas não estão funcionando, e que o próprio judiciário não vai dar conta como as outras políticas não estão dando! Então, seria uma questão assim, da gente avaliar, as políticas públicas avaliarem o que é que tá acontecendo pra que essas demandas não cheguem no judiciário, porque se tá chegando é porque a gente tá falhando, a assistência, a educação, porque não é só a saúde, as políticas de forma geral [...]. Então assim, eu acho que é um impacto negativo, [...] pra gente (Serviço Social) e pra sociedade como um todo! (E-4).

A judicialização, pra mim, é a negação do direito, porque se a gente tem uma política pública universal, que todos nós teríamos que ter um atendimento, a saúde como ela é formatada na nossa política, na nossa legislação, na nossa constituição e, nós não temos. Então, a judicialização significa tanto como usuário, como profissional, a negação do direito. Se torna uma negação também pra nossa profissão, porque o que é que a gente mais faz na nossa profissão é defender esse direito. Então, ela tanto se torna uma negação enquanto usuário, como enquanto profissional, eu penso dessa forma! (E-12).

Eu acho que impacta no sentido assim, que essas demandas vão aumentando e vão chegando pra gente dar resposta, mesmo que não dependa exclusivamente [...] Mas o que a gente trabalha, a gente não tem como garantir direito, você tenta viabilizar, através da orientação, mas a gente não tem como garantir! E muitas vezes esse equívoco, tanto de profissional como de usuário: “Não, vocês têm que resolver meu problema!”. E que não depende da gente [...]. Mas eu acho que é nesse sentido, como judicializa, aí aumenta a demanda pra gente, de certa forma. Quando tem esses casos, a gerência aqui encaminha pra gente, [...] porque sabe que esse contato com a família, com a rede, é do Serviço Social, então acaba aumentando a demanda mesmo pra gente! Seria esse rebatimento é... o crescimento da demanda! (E-13).

Observa-se que um dos elementos presentes nas falas dos entrevistados é o cenário de restrição das políticas sociais no momento atual, cuja principal tendência é a redução da sua capacidade de cobertura e os consequentes processos de violação dos direitos sociais, situações típicas do capitalismo em seu estágio atual. Na política de saúde, a incapacidade de cobertura desses direitos é agravada pela urgente necessidade de recuperação da saúde. Tais características incorporam-se ao trabalho dos assistentes sociais, que são pressionados a dar respostas às mais variadas demandas, as quais não estão limitadas ao processo de saúde-doença dos usuários, mas às heterogêneas expressões da questão social, que não “abandonam” os sujeitos quando estes adentram em um hospital.

Em consequência desses fatores, requisita-se aos assistentes sociais encaminhamentos e orientações para demandas cada vez mais complexas, somadas às pressões dos usuários que por enxergarem nesse profissional um dos poucos que acolhem suas inquietações e queixas, acabam reafirmando a imagem social da profissão, construída historicamente a partir de aspectos como vocação e evolução das formas de ajuda, corroborando com a ainda presente perspectiva, embora a renovação profissional tenha possibilitado a formação de uma nova imagem social, “de que o assistente social deve possuir acima de tudo boa vontade – o que o diferencia de outros profissionais e confere a essa profissão determinada particularidade” (ORTIZ, 2007, p. 141).

Nesse sentido, os impactos advindos da judicialização da saúde são identificados mediante várias situações, desde aquelas que emergem da própria conjuntura do neoliberalismo

e consequente desmonte dos direitos sociais, que gera um rearranjo nas possibilidades de atuação profissional, as quais tornam-se cada vez mais limitadas; até mesmo as expectativas dos usuários quanto a atuação desse profissional. Somam-se também a esses fatores as pressões emergentes da própria instituição empregadora, que espera do assistente social uma outra característica advinda da imagem social da profissão, que é a mediação de conflitos visando contornar as possíveis situações de desgaste entre usuários e serviço, a exemplo da fala a seguir:

Tem casos que há necessidade da judicialização pela dificuldade da família conseguir assistência no município onde o paciente reside; aí solicita o internamento do paciente. [...] Aí acaba que, de uma certa forma, não havendo necessidade dele tá internado, prejudicando também a vaga de outra pessoa que poderia estar sendo internado e, aquele paciente tá judicializado, aguardando liberação da justiça, aí todos esses trâmites, de uma certa forma, causa, [...] um transtorno pra gente lidar...**recebe as cobranças também, da direção: e aí o Serviço Social tá fazendo o que? Manteve contato com a rede pra solicitar o contato com a justiça?** (E-2).

A fala anterior corrobora com os argumentos de Ortiz (2007, p. 188) relacionados à imagem social da profissão vinculada às exigências das instituições acerca do exercício profissional do Serviço Social. A esse respeito, a autora argumenta que

O assistente social esclarece o funcionamento da instituição, seus limites e sua capacidade de atendimento, encaminha para outro recurso existente na rede, quando a instituição é incapaz de oferecer o bem ou realizar o serviço procurado pelo usuário. Ou seja, este é ouvido e, além disso, sai sempre com uma resposta, que, independentemente de ser positiva ou negativa, protege a própria instituição de quaisquer reações por parte do mesmo.

Tendo em vista os dados anteriores, verificou-se que são muitos os limites e desafios presentes no exercício profissional do assistente social, porém é fundamental situá-los na totalidade histórica a fim de dar um direcionamento crítico e comprometido com a materialidade do projeto ético político, construído na trajetória de renovação do Serviço Social brasileiro. Nos termos de Boschetti (2017), esse processo parte da necessidade de que esse profissional tenha uma compreensão e tradução das implicações da crise capitalista para os direitos, para as políticas sociais e para as condições de vida da classe trabalhadora, bem como seus efeitos para o trabalho do assistente social.

Consideramos que os elementos analisados anteriormente não esgotam as discussões referentes à judicialização da saúde e suas expressões no exercício profissional do assistente social. Portanto, as análises aqui levantadas consistem em uma impressão inicial acerca do tema,

uma vez que a escassa produção bibliográfica por parte do Serviço Social sobre tal problemática ainda permite um grande leque de possibilidades de estudos e pesquisas, os quais corroboram para a compreensão das manifestações cada vez mais atuais e urgentes do capitalismo sobre o trabalho dos assistentes sociais.

CONCLUSÕES

O amplo arcabouço de direitos instituídos a partir da CF/88 propiciou o direcionamento para a legitimação da política social no Brasil, que passa a ser entendida sob o *status* de direito, representando um grande avanço no que tange aos direitos sociais de maneira geral, uma vez que, anteriormente, estes relacionavam-se muito em face à inserção no mercado de trabalho e à filantropia. A política de saúde também passa a ser instituída enquanto política pública gratuita e universal, corroborando com esse processo o amplo arcabouço jurídico subsequente, como a própria Lei 8.080/90 que institui o SUS.

Porém, a década de 1990 tem como característica central a emergência da política de ajuste neoliberal nos países capitalistas, que traz profundas consequências para as políticas sociais para o mundo do trabalho e para as economias periféricas, cuja centralidade está na rentabilidade econômica em detrimento dos gastos sociais. Em consequência desse processo, assistimos a uma redução, cada vez maior, dos direitos sociais Brasil e, a política de saúde sofre profundos rebatimentos que possibilitaram a ascensão de novas alternativas para a reivindicação dos direitos no âmbito do SUS.

Dentre essas alternativas, a judicialização da saúde surge como estratégia dos pacientes em pleitearem bens e insumos de saúde com recorrência ao Poder Judiciário. Através desse mecanismo, muitos direitos conseguem ser legitimados e garantidos, visto que, ao Estado “obriga-se” disponibilizar aquilo que fora violado. Há, portanto, uma transferência de responsabilidades entre os entes federativos, pois aquilo que deveria ser disponibilizado pela esfera do Poder Executivo, passa a ser possibilitado por meio do ente Judiciário.

Contudo, o que tem ocorrido é uma generalização das solicitações judiciais na saúde, posto que tem sido utilizada não como medida excepcional para a legitimidade dos direitos na política de saúde, mas como alternativa frequente nos atendimentos dos pacientes do SUS, os quais se veem em face de um cotidiano marcado por precárias condições de saúde, a exemplo da descontinuidade no tratamento, da falta de medicamentos, das filas para a realização de procedimentos cirúrgicos, do limitado número de leitos de UTI, etc.

Nesse sentido, foi imprescindível destacar as várias nuances que são transversais a esse processo de judicialização da saúde, pois tais aspectos acabam complexificando a abordagem sobre a temática. Para tanto, trouxemos o enfoque sobre o acesso à justiça; a análise dos princípios do mínimo existencial, da reserva do possível e da razoabilidade; bem como elementos que tornam esse processo controverso, o que acaba justificando um dos principais pontos do referido estudo, cujo argumento é que a judicialização é uma via de mão dupla, pois,

ao passo que possibilita a garantia de direitos, também evidencia um claro processo de sucateamento da saúde pública. Assim, aquilo que deveria ser acessado sem maiores conflitos pelos usuários do SUS, necessita da intermediação judiciária para sua efetivação.

Acerca do acesso à justiça no Brasil, verificou-se que, embora tenha sido um direito democratizado a partir da década de 1980, à luz da CF/88, atualmente ainda se destacam pontos importantes que não possibilitaram, de fato, que essa garantia constitucional seja concretamente acessada por todos os indivíduos. Dentre essas características, está a própria desigualdade social e econômica profundamente arraigada no país, que corrobora com o fato de que ampla parcela da população ainda enfrenta um grave desconhecimento de seus direitos, comprometendo não somente a garantia de acesso à justiça, mas a efetividade e materialidade dos outros direitos sociais, já que o acesso à justiça tem como característica central a possibilidade de ser um canal para outras reivindicações.

Nessa perspectiva, apesar de o Judiciário ser um Poder de “porta aberta”, grande parte da população mantém-se aquém das possibilidades concretas para seu acesso. Isto também foi possível de ser verificado por meio dos números referentes à advocacia pública, representada pelas respectivas Defensorias Públicas de cada região. Percebeu-se que a Defensoria Pública conta com um número ainda reduzido de defensores que seja capaz de proporcionar uma cobertura integral à população usuária desse serviço, o que retoma a problemática da desigualdade de oportunidades concernente ao acesso à justiça, cujas consequências recaem, em maior proporção, sobre a população com menor nível socioeconômico e de escolaridade.

A despeito das discussões que pesam entre a defesa do mínimo existencial e da reserva do possível para a saúde, verifica-se também que há uma polaridade entre esses princípios, gerando uma análise complexa e sem equilíbrio definido sobre o tema. Sob a perspectiva do mínimo existencial, a saúde deve ser entendida como elemento básico de sobrevivência e, só pode ser concretizada pela disposição das condições mínimas para sua concretude, levando-se em consideração o atendimento de um outro elemento central, que é o respeito à dignidade da pessoa humana. A reserva do possível, por sua vez, ampara sua argumentação sobre o fato de que o Estado possui um teto orçamentário previamente estipulado por lei para o atendimento das necessidades sociais e, exacerbá-lo coloca em risco a manutenção de serviços básicos essenciais.

Por outro lado, queremos chamar atenção para o fato de que a reserva do possível torna-se contraditória em suas justificativas quando evidencia-se que os recursos para a área social e, conseqüentemente, para a política de saúde já são reduzidos ao limite da insuficiência ou mesmo ausência dos serviços básicos, fazendo com que a população encontre “saídas” para

conseguir acessá-los. Além disso, a reserva do possível impõe limites econômicos a valores que são impassíveis de serem contabilizados, como o valor da vida e das condições para a sua manutenção.

No entremeio desses princípios, há também quem defenda a razoabilidade na análise das demandas judiciais envolvendo a saúde pública, de maneira que se busque elementos que possam transitar pela coerência e racionalidade nas decisões judiciais. Sob essa visão, o mínimo existencial, embora seja considerado fundamental, deve ser discutido em face, por exemplo, dos tratamentos experimentais e/ou internacionais de alto custo, dos medicamentos que não constam na lista da RENAME, cujos interesses vão além da defesa dos direitos dos pacientes e da dignidade da pessoa humana. São interesses cujas intenções retornam para a esfera da rentabilidade econômica, como o privilegiamento da indústria farmacêutica, da tecnologia de ponta com valores absurdamente altos, da terceirização de leitos de UTI em unidades hospitalares privadas, etc.

É evidente que defendemos a judicialização da saúde enquanto estratégia legítima para a reivindicação de direitos instituídos pelo SUS, principalmente pelo fato de que não estamos colocando em questão uma hierarquização de doenças ou necessidades de saúde, em que um problema seja menos ou mais importante que outro. Além de levarmos em consideração que, excepcionalmente, essa ferramenta é prerrogativa constitucional e, portanto, direito de todos os cidadãos que dela necessitarem. Todavia, pudemos perceber que os interesses por trás desse processo excedem apenas a defesa dos direitos dos usuários, o que nos faz compreender que, mesmo sua utilização enquanto ferramenta para legitimidade e garantia reivindicatória, acaba sofrendo reflexos e tendo resultados específicos e totalmente opostas aos interesses da coletividade.

Retoma-se, desse modo, o argumento de que a população com menos conhecimento acerca de seus direitos e com recursos financeiros reduzidos, ainda que ingressem judicialmente com demandas em saúde, acabam em par de desigualdade com as classes médias, evidenciando que a judicialização segue como sendo um movimento das elites no Brasil. Há que se evidenciar que não estamos colocando em xeque o princípio da universalidade do SUS, que prevê o acesso gratuito e universal na saúde pública independentemente de contribuição financeira ou *status* social. Entretanto, enfatizamos o próprio princípio da igualdade sob seu aspecto constitucional, de maneira a “tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na exata medida de suas desigualdades”. Além disso, a isonomia nas condições de acesso ao sistema judiciário é um fator controverso, pois ainda existe uma população em posição de desfavorecimento.

Quanto à concepção dos assistentes sociais acerca do processo de judicialização da saúde, os resultados obtidos demonstraram uma heterogeneidade de análises envolvendo o tema, o que possibilitou a emergência de elementos não esperados pela pesquisadora. Esse fato demonstrou que a judicialização da saúde é um tema complexo e que necessita ser avaliado não pela sua especificidade, mas pela relação que possui com a conjuntura política e social da saúde, no contexto brasileiro, e também nas singularidades do município de Aracaju-SE.

No que concerne ao perfil profissional dos assistentes sociais sujeitos da pesquisa, observou-se que é um público majoritariamente feminino, seguindo a tendência histórica e, ainda presente, da profissão, contando apenas com um assistente social de gênero/orientação sexual masculina. São profissionais com faixa etária predominante entre aos anos de 35 a 44, idade que se relaciona com uma experiência profissional já consolidada, uma vez que a maioria (64,7%) são assistentes sociais com mais de cinco anos de trabalho. Acerca dos setores de trabalho, a categoria está inserida em quatro tipos de instituições: um hospital de urgência e emergência (grande porte), que contempla a maior parte dos sujeitos da pesquisa; uma maternidade; um hospital de especialidades médicas e cirúrgicas; e um hospital de urgência mental. Destes locais, os setores de pediatria e oncologia foram os que mais tiveram profissionais em atividade e isso, pode-se dizer, que influencia no perfil das demandas apresentadas.

A percepção dos assistentes sociais sobre a judicialização da saúde apresentou um perfil diversificado. De um lado, demonstra a natureza complexa do tema, pois este relaciona-se com questões mais urgentes, como o processo de recuperação da saúde dos usuários. E de outro, evidencia a necessidade de que os assistentes sociais compreendam suas conexões com as relações capitalistas, na atual conjuntura neoliberal, e o consequente desmonte das políticas sociais, visto que este profissional atua majoritariamente nos sistemas de proteção social. Dentre as percepções presentes no estudo, duas foram as principais: aqueles assistentes sociais que compreenderam tal estratégia enquanto mecanismo de garantia de direitos ante a sua violação por parte do Estado; e os profissionais que a viram enquanto processo que evidencia a negação do acesso ao SUS, haja vista a consistente legislação da saúde que já disponibiliza um amplo leque de garantias. A fundamentação teórica que sustenta este estudo coaduna com o segundo grupo de assistentes sociais, porém, não a partir de uma visão simplista cujo foco é a separação de aspectos negativos e positivos. Embora compreenda que essa estratégia seja legítima ante os processos de fragilização dos direitos na política de saúde, consideramos que a recorrência a esse processo tem sido cada vez mais comum, retirando seu caráter de excepcionalidade.

Tal confirmação é expressa na fala de alguns assistentes sociais, que inclusive elencaram outras características advindas da excessiva recorrência à judicialização da saúde, como a sobreposição de demandas individuais em detrimento das de caráter coletivo; não pelo fato de as demandas individuais não serem importantes e, com necessidade de encaminhamentos, mas pelas consequências advindas desse processo, a exemplo das resoluções pontuais que não “zeram” a fila de demandas, nem tampouco solucionam a crise da saúde pública. Além disso, o entendimento precipitado de parte da magistratura que, em determinadas situações, condiciona o tempo de internamento, no caso das internações psiquiátricas compulsórias, prejudicando a regularidade dos atendimentos nestes serviços para outros pacientes que não foram judicializados, e que permanecem em situação de desassistência, a exemplo daqueles usuários com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Em contrapartida à questão anterior, cujos sujeitos da pesquisa estiveram divididos em relação à percepção sobre a judicialização da saúde, quanto ao entendimento dos fatores que contribuem para esse processo, houve um resultado mais generalizado: a não identificação dos fatores que levam à busca desse processo. Ou seja, embora a maioria (82,2%) dos assistentes sociais tenha problematizado e elencado aspectos que decorrem desse processo como a falta de garantia de direitos, a demora e insuficiência dos atendimentos na rede, a falta de verbas para a saúde pública e/ou a má gestão dos recursos disponibilizados, os interesses político-partidários, etc., uma minoria (17,6%) dos assistentes sociais considerou fatores que estão na base da crise da saúde pública, que é a relação entre o contexto atual do neoliberalismo e suas consequências para o conjunto das políticas sociais, assertiva que constituiu a hipótese norteadora dessa pesquisa. Ainda que a hipótese não tenha sido confirmada pela opinião dos assistentes sociais, o levantamento bibliográfico confirmou tal tendência, considerando que as implicações do capitalismo em sua fase atual têm aprofundado as expressões da questão social e encolhido cada vez mais a cobertura das políticas sociais, como a política de saúde, levando à necessidade de judicialização não somente desta, mas da questão social em suas várias manifestações.

Ante a esse não reconhecimento por parte dos assistentes sociais, pensamos que há uma necessidade urgente e necessária de que a categoria construa espaços de reflexão que possibilitem compreender as demandas do exercício profissional mediadas pelo contexto social, econômico e político, pois essa não relação compromete o atendimento qualificado junto aos usuários do SUS, uma vez que acaba sendo executado no plano da imediatividade, já típico no cenário da saúde, pois este é permeado por situações de urgências e que requerem, muitas vezes, respostas rápidas. Ao tempo que esse fato também evidencia a necessidade de discussão e

aprimoramento, no âmbito técnico-operativo, dos pressupostos teórico-metodológicos da profissão, possibilitando o fortalecimento e a materialidade do projeto ético político do serviço social.

As principais demandas identificadas no exercício profissional dos assistentes sociais e, que são judicializadas, envolvem cirurgias, medicamentos e exames, que seguem a mesma tendência das solicitações observadas nas estatísticas da Câmara de Resolução de Litígios da Saúde da DPE/SE, pois estas também ocupam primeiras posições nos pedidos da referida instituição.

A respeito das solicitações judiciais envolvendo medicamentos, observou-se que esta demanda segue uma tendência não somente histórica, já que foi uma das primeiras demandas judiciais relacionadas à política de saúde, mas também nacional, posto que em todo o país, os pedidos por medicamentos ocupam o lugar de destaque. Este fato traz à tona a necessidade de se discutir estratégias para desburocratizar a relação de compra e venda existente entre o Brasil e os laboratórios que exercem o domínio da indústria farmacêutica, especialmente, aqueles medicamentos de alto custo, que são dispensados para pacientes com doenças raras. Este aspecto evidencia que se trata de uma problemática estrutural a qual se manifesta não somente no município de Aracaju-SE, porém em todas as regiões do país e deve estar intrinsecamente relacionada à conjuntura social, econômica e política.

Procedimentos cirúrgicos e exames também estão entre os primeiros pedidos nas solicitações observadas, tanto pelos assistentes sociais quanto aquelas encaminhadas à DPE-SE. Uma especificidade elencada pelos sujeitos da pesquisa são as judicializações da saúde para exames que possibilitem a confirmação diagnóstica de neoplasias malignas, bem como as cirurgias de reconstrução da mama para mulheres com câncer. Apesar de contar com lei específica, a chamada “Lei dos 60 dias”, que concede ao paciente com câncer o direito de iniciar o tratamento nesse tempo máximo previsto pela legislação, muitos pacientes ainda assim recorrem ao Poder Judiciário para a garantia deste direito. As cirurgias de reconstituição de mama também contam com lei específica para a imediata realização no momento da sua mutilação para a retirada do tumor, porém Aracaju-SE ainda conta com um serviço que é insuficiente para absorver essa demanda.

Um destaque nas demandas levantadas pelos assistentes sociais, que está em segundo lugar, é a solicitação de Home Care, cuja necessidade remete à continuidade do tratamento do paciente em sua residência, dadas as possibilidades de viver em seu ambiente familiar sem a necessidade de hospitalização, mas envolvendo determinados cuidados com materiais, insumos e determinados serviços. Por outro lado, assim como as legislações destacadas acima, o serviço

de Home Care é contemplado desde os anos de 2002 com a definição do Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar prevista na Lei 8.080/90. Mas ainda assim, tem sido frequente a estratégia de judicialização para sua concretização a partir, principalmente, do argumento de que tal pedido torna-se oneroso para o Estado, o que torna-se infundado diante do gasto hospitalar ainda maior para manter um paciente internado.

No que se refere às demandas de menor complexidade, observou-se que ainda é considerável o número de solicitações por fraldas descartáveis encaminhadas à DPE-SE. Este fato demonstra que algumas condições mínimas para a manutenção da saúde, como a oferta de fraldas descartáveis, especialmente para idosos e pessoas com deficiência, ainda sofrem limitações significativas. São limitações que põem em xeque, não somente a manutenção das condições mínimas de saúde, mas o próprio princípio da integralidade presente no SUS para o qual a saúde prevê aspectos curativos e também preventivos. Por outro lado, verifica-se que, não obstante todo o aparato jurídico em torno da política de saúde, alguns insumos, mesmo que estejam presentes enquanto necessidades cotidianas, não assumiram uma posição de direito.

Tais expressões mais uma vez confirmam que a judicialização da saúde constitui-se como a parte do “iceberg” submersa pela conjuntura neoliberal, que acaba trazendo profundas consequências para a manutenção de serviços básicos e essenciais no SUS. São implicações mais imediatas e urgentes como os agravos do quadro de saúde daqueles que já se encontram hospitalizados à espera de uma cirurgia e, também a longo prazo, como a falta de acesso a exames fundamentais para o levantamento de diagnósticos ou mesmo condições para a continuidade do tratamento. Tais consequências tornaram-se ainda mais aprofundadas diante da medida de restrição das despesas públicas, a EC 95 aprovada em 2016.

A partir do reconhecimento das demandas judicializadas, foi avaliado na pesquisa quais estratégias os assistentes sociais identificam para a busca da efetivação dos direitos em saúde alternativa à judicialização. A maioria (47%) dos assistentes sociais identificou que é possível reivindicar o direito à saúde dos usuários através da articulação com a própria rede, uma vez que algumas demandas podem ser resolvidas administrativamente por meio do contato com as secretarias de saúde, com as gerências institucionais, etc. Além disso, estes profissionais concordam que a judicialização seria um dos últimos recursos a serem orientados para os usuários, quando já se esgotaram todas essas possibilidades de articulação, o que evidencia a importância desse profissional para a defesa dos direitos dos usuários dado o seu comprometimento com as demandas da população. Em contrapartida, para além do tensionamento dos assistentes sociais em toda a rede de assistência a fim de desburocratizar o acesso aos direitos sociais, gostaríamos de levantar outras possibilidades que inserem esse

profissional em espaços de reivindicação e luta pelos direitos, os quais estão relacionados ao controle social. Apesar de não ter sido foco da pesquisa identificar a participação dos assistentes sociais nesses locais, entendemos que sua inserção nos Conselhos de Saúde e nos processos de educação em saúde, permite a politização das demandas do SUS. Se do ponto de vista da participação nos Conselhos de Saúde, é possível ao assistente social a inserção nos processos decisórios de elaboração, controle e fiscalização da política de saúde; do ponto de vista dos espaços de educação em saúde estes profissionais contribuem para o fortalecimento de um projeto coletivo de saúde, porque estimula os próprios usuários quanto à defesa de seus interesses na correlação de forças existentes diante dos interesses distintos e contraditórios dessa política. Nesse sentido, tais estratégias contribuem para a politização das demandas de saúde e modificam o foco de seu entendimento de uma perspectiva que analisa os problemas de saúde, de maneira individualizada, de acordo com a demanda específica de cada usuário para um entendimento articulado às necessidades coletivas.

Embora não tenha sido um dos objetivos específicos da pesquisa, também nos propusemos a identificar o perfil dos usuários orientados pelos assistentes sociais no processo de judicialização da saúde a fim de que pudéssemos compreender até que ponto as questões relacionadas à faixa etária, orientação sexual, condições de moradia, escolaridade e renda têm alguma relação com o fato de estes usuários recorrerem à judicialização da saúde, bem como verificar a relação das demandas pleiteadas com o perfil dos pacientes inseridos na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE. Na verdade, tal investigação pautou-se na necessidade de confrontar os dados da pesquisa em tela com as revisões teóricas sobre o tema, que são controversas, pois, ao passo que alguns autores defendem a judicialização da saúde como movimento que beneficia as classes econômicas mais favorecidas em razão de seus melhores graus de escolaridade, renda, informação, acesso aos meios e estratégias políticas para tal fim, e etc; outros, analisam que, na verdade, os que buscam essa estratégia são aqueles com baixo nível socioeconômico.

Do perfil levantado, observou-se que o público compreendido entre as faixas etárias de 19 aos 60 anos são os que mais recorrem à judicialização da saúde. Tal fato relaciona-se à própria tendência da pirâmide populacional identificada pelo IBGE com base nos dados do último censo, para o qual houve um aumento nítido da população jovem e adulta no país (15 aos 59 anos) e que, consequentemente, repercute no perfil dos pacientes usuários da saúde. Além disso, relacionada tal tendência à ausência de legislações complementares de proteção dessa faixa etária, a exemplo dos Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, que em certa medida acabam sendo mais um documento de proteção dos direitos desses pacientes.

Assim como a questão da idade, a orientação sexual dos pacientes, que é predominantemente feminina, também se relaciona ao fato de as mulheres serem as principais usuárias dos serviços de saúde, conforme Pesquisa Nacional de Saúde (2013). Em contrapartida, uma das especificidades trazidas por um dos assistentes sociais entrevistados é que, no município de Aracaju-SE, existem ONG's de apoio às mulheres com câncer que se constituem enquanto grupos que estimulam a busca de direitos dessa categoria, sejam eles por meio da judicialização ou de outras estratégias. Uma outra característica levantada pelos sujeitos da pesquisa é que algumas demandas da saúde não são judicializadas, como aquelas relacionadas ao tratamento oncológico de crianças e adolescentes, devido o apoio de algumas ONG's ao serviço público de saúde, as quais em determinadas situações assumem responsabilidades que seriam do Estado. Desse modo, apesar de considerar a importante participação dessas organizações enquanto apoiadoras desses grupos de pacientes, não podemos desconsiderar que essa tendência confirma o atual cenário do neoliberalismo com a característica cada vez mais presente das parcerias entre público/privado.

O binômio escolaridade/renda assume características de pacientes com pouco nível educacional e baixas condições socioeconômicas, visto que a maioria é composta por usuários alfabetizados e outros com ensino fundamental, possuindo rendimentos de até um salário mínimo, seguidos da faixa de um a três salários mínimos. No entanto, apesar de ter sido identificado, na realidade pesquisada, que os pacientes inseridos nas classes sociais desfavorecidas são os que mais recorrem à judicialização da saúde em Aracaju-SE, concordamos com outras abordagens da literatura de que o acesso à justiça para “ricos” e “pobres” torna-se desigual na medida em que as diferenças socioeconômicas, culturais, políticas e etc., levam estas categorias a ter entendimentos diferenciados sobre seus próprios direitos e, consequentemente, possibilidades desiguais para reivindicá-los. Nesse caminho, há um favorecimento do primeiro grupo em detrimento do segundo, fato que também foi apontado por alguns assistentes sociais, pois os mesmos reconhecem que aqueles pacientes não alfabetizados ou advindos da zona rural, sequer compreendem que a recorrência ao Poder Judiciário também é um direito e, muitas vezes, não buscam a judicialização.

Em que pese aos profissionais que orientam os usuários a buscar a judicialização da saúde, verificou-se que uma pequena parte (23,5%) dos assistentes sociais informaram ser eles mesmos os que comumente orientam os pacientes a recorrerem a essa estratégia. Na verdade, a necessidade de verificar essa percepção relacionou-se ao fato de que a produção bibliográfica em torno do tema parte de outras categorias profissionais, como médicos, enfermeiros e farmacêuticos e, nesse sentido, objetivamos compreender se essa ausência seria justificada pela

não participação desses profissionais nesse contexto, ou se estava relacionada à baixa produção bibliográfica do Serviço Social em torno da temática, de modo que pesquisa confirmou um direcionamento ligado à essa segunda perspectiva. O fato de esses profissionais se reconhecerem como sujeitos centrais nesse processo condiz com o comprometimento da categoria para com as demandas dos usuários a partir dos encaminhamentos e orientações necessários que possibilitem a estes a reivindicação de seus direitos e interesses. Contudo, a maioria (58,8%) reconhece que não são os únicos a orientarem os pacientes para a estratégia da judicialização, pois foram mencionados também os médicos, técnicos de enfermagem e psicólogos. Quanto à orientação médica para a judicialização da saúde, embora não tenha sido possível identificar na pesquisa a perspectiva dessa categoria ao orientar sobre tal estratégia, a literatura apontou, conforme já relatado anteriormente, que alguns desses encaminhamentos relacionam-se com os interesses da indústria farmacêutica.

A identificação dos assistentes sociais, enquanto figuras centrais no encaminhamento de usuários para a judicialização da saúde, relaciona-se também com a participação do Serviço Social nesse processo. Apesar de serem questões afins, a primeira restringe-se em verificar a autoidentificação desses profissionais; já a segunda busca compreender como essa participação se dá. A maioria (52,9%) dos sujeitos da pesquisa reconheceu a participação do Serviço Social como fundamental nesse processo, elencando algumas atribuições para a mediação desses direitos como as orientações e esclarecimentos prestados, a elaboração de relatórios sociais e o levantamento da documentação necessária junto aos pacientes e/ou familiares. O comprometimento da categoria profissional com tais orientações e encaminhamentos acontece independentemente de ser a judicialização da saúde uma expressão da conjuntura neoliberal, pois o acesso à justiça é um direito a ser buscado ante a insuficiência das políticas públicas no atendimento das demandas sociais e que deve ser esclarecido pelos assistentes sociais a quem dele necessitar. O destaque para a questão foi que um profissional mencionou quase não haver participação recorrente do Serviço Social nas orientações referentes à judicialização, o que nos leva a compreender que, em dadas situações do cotidiano profissional, os assistentes sociais não conseguem identificar algumas demandas “ocultas”, pois necessitam romper com a imediatividade, realizando as mediações necessárias que superem a aparência dos fatos.

Uma das últimas discussões levantadas na pesquisa foi sobre os principais impactos da judicialização da saúde no exercício profissional do assistente social, constituindo-se como um dos objetivos específicos do estudo. Os resultados identificados no item foram bastante heterogêneos e não se apresentaram conforme o esperado pela pesquisadora, uma vez que a expectativa era de que houvesse uma percepção desses impactos pelos sujeitos entrevistados,

porém a maioria (82,3) dos assistentes sociais não reconhece a tripla relação envolvendo neoliberalismo/judicialização/exercício profissional. A compreensão dessa relação tem como ponto de partida uma das hipóteses norteadoras da pesquisa de que judicialização expressa-se enquanto consequência direta do neoliberalismo decorrente do desmonte da política de saúde e, nesse contexto, o trabalho do assistente social é diretamente afetado. Embora não tenha sido confirmada pela avaliação dos sujeitos da pesquisa, a referida hipótese foi ratificada pelas fontes bibliográficas e documentais.

Os aspectos presentes nas avaliações dos assistentes sociais sobre essa questão foram heterogêneos e partiram de elementos que não exprimem a relação existente entre a conjuntura neoliberal e o trabalho dessa categoria. Dentre os elementos destacados pelos sujeitos, foi retomado o significado da judicialização da saúde, a possibilidade de garantia dos direitos dos usuários a partir dessa estratégia, a emergência de aspectos positivos e negativos e seus impactos para os usuários, etc. Alguns sujeitos, por sua vez, avaliaram que os impactos para o trabalho do assistente social giram em torno de sentimentos e sensações, como contentamento, satisfação, frustração, tristeza e empoderamento que os assistentes sociais vivenciam em razão das experiências destes atendimentos junto aos usuários e familiares.

Embora os elementos supracitados também estejam presentes no exercício profissional dos assistentes sociais, pode-se dizer que não estão no cerne das contradições fundamentais da sociedade capitalista e suas manifestações para o conjunto das políticas sociais.

Os elementos debatidos anteriormente nos possibilitaram concluir que, embora a judicialização da saúde seja uma alternativa legítima e extremamente importante na garantia e manutenção dos direitos no âmbito do SUS, verificou-se que esta alternativa opera em certa superficialidade com resoluções pontuais e, muitas vezes, individualizadas dos problemas coletivos de saúde. Assim, tornou-se primordial a discussão acerca dos elementos que mascaram a atual crise da saúde pública e, portanto, estão na base mantenedora do fenômeno da judicialização, que é apenas a expressão aparente de um problema estrutural.

Mesmo o acesso à justiça, embora seja garantia constitucional, não tem oferecido a garantia de plena eficácia das legislações quanto ao encaminhamento dos direitos dos usuários da saúde, pois estamos tratando do exercício de direitos a partir da sociedade capitalista, de modo que, à custa de uma maioria marginalizada e excluída, subsiste uma minoria. São medidas inconciliáveis!

Para o Serviço Social, a compreensão destes elementos torna-se cada vez mais urgente e necessária ante o aprofundamento das expressões da questão social, pois dadas as limitadas possibilidades de respostas profissionais, conhecer e qualificar o debate sobre os direitos sociais

constrói estratégias para além daquelas projetadas na necessidade imediata dos usuários. Se o trabalho do assistente social não romper com sua funcionalidade histórica e social, cuja requisição foi pautada nos termos capitalistas, então a profissão está fadada à mera reprodução dos interesses dominantes.

Ora, se trabalhamos na interface da garantia de direitos e suas diversas possibilidades, a insipiente percepção dos assistentes sociais sobre a judicialização da saúde demonstra a imperiosa necessidade da construção de espaços de reflexão, uma vez que compreender as diversas manifestações da questão social no neoliberalismo é condição primordial para que os encaminhamentos das demandas da população usuária estejam circunscritos com os interesses do projeto ético político da profissão.

Nessa mesma perspectiva, concluímos que os fatores que estão na base da judicialização da saúde expressam-se como condição dos aspectos sociais, econômicos e políticos da realidade objetiva e compreendê-los é primordial para a construção de respostas profissionais cada vez mais comprometidas com a perspectiva de rompimento e questionamento das relações sociais vigentes. Se os assistentes sociais não conseguem identificar tais relações e os rebatimentos para o seu trabalho, então torna-se fundamental o comprometimento com os aspectos teórico-metodológicos e ético-políticos por meio dos espaços de formação continuada a fim de que o fazer profissional seja conduzido à luz das elaborações teóricas necessárias para que a categoria profissional consiga desvelar a realidade obscurecida pela cotidianidade.

Ocupar a centralidade na defesa dos direitos dos usuários é um imperativo para o assistente social dadas as determinações do próprio Código de Ética profissional e o seu comprometimento com a classe trabalhadora. Sendo assim, ainda que tenhamos afirmado até aqui que a judicialização da saúde é uma estratégia que expressa o aprofundamento do neoliberalismo, no bojo das relações capitalistas, não podemos desconsiderar que se trata de uma estratégia pela qual, em muitas situações, é uma das poucas possibilidades para que os pacientes tenham seus direitos garantidos. Portanto, enquanto profissionais comprometidos com um projeto de saúde coletivo, seríamos os mais “indicados” a interferir nesses processos. Todavia, ao que pudemos observar, outros atores ainda têm ocupado centralidade nesses caminhos, a exemplo dos médicos.

Concluímos, com base nesses resultados, que os assistentes sociais não têm reconhecido a completude das suas competências no âmbito dos direitos sociais. Não asseveramos isso desconsiderando as outras formas de protagonismo da profissão, mas observando que, em alguns desses cenários, não há o autorreconhecimento profissional enquanto sujeito central para a consolidação das políticas sociais.

A discussão dos dados abordados neste estudo não circunda todas as possibilidades de análise sobre a temática, o que indica a necessidade de que outras pesquisas possam continuar estimulando a emergência de novas perspectivas sobre o objeto em tela. Uma outra possibilidade teórica, por exemplo, ancora-se na avaliação da efetividade dos processos judiciais em suas fases finais, uma vez que as análises aqui levantadas se restringem às etapas iniciais desse processo, ou seja, não são capazes de verificar se, de fato, os pacientes têm obtido sucesso em seus pleitos.

Tais observações surgiram da inserção da pesquisadora no campo empírico através verbalizações de muitos assistentes sociais, que foram enfáticos em informar que não possuíam conhecimento das etapas posteriores à solicitação judicial. Nesse sentido, nossa análise está compreendida na etapa inicial da judicialização, muito mais relacionada ao processo de orientação para que os usuários acessem essa estratégia e, portanto, restrita à visão dos profissionais a respeito dela. Nessa direção, não foi possível inserir a percepção dos usuários relacionadas à temática, o que constitui uma nova margem investigativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCÂNTARA, G. C. S. Judicialização da Saúde: uma reflexão à luz da teoria dos jogos. **Revista CEJ**, Brasília, Ano XVI, n. 57, p. 88-94, maio./ago. 2012. Disponível em: <http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewFile/1592/1569>. Acesso em: 15 ago. 2018.
- AMARAL, G. Saúde direito de todos, saúde direito de cada um: reflexões para a transição da práxis judiciária. In: NOBRE, Milton Augusto de Brito; SILVA, Ricardo Augusto Dias da (Coord.). **O CNJ e os desafios da efetivação do direito à saúde**. Belo Horizonte: Fórum, 2011. p. 81-115.
- ANDREAZZI, M. F. S. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. In: BRAVO, M. I; BRAVO DE MENESES, J. S. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012, p. 35-60.
- ASENSI, F. D. Saúde, poder judiciário e sociedade: uma análise de Brasil e Portugal. **Physis** [online]. 2013, vol.23, n.3, pp.801-820; ISSN 0103-7331. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000300008>. Acesso em: 04 jun. 2018.
- ASENSI, F. D. **Indo além da judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/10313/Indo%20al%C3%A9m%20da%20Judicializa%C3%A7%C3%A3o%20-%20O%20Minist%C3%A9rio%20P%C3%BAblico%20e%20a%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2018.
- ASENSI, F. D. Judicialização ou Juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 33-55, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a04v20n1.pdf>. Acesso em: 18 ago. de 2018.
- AUMENTAM os gastos públicos com judicialização da saúde. 23/08/2017. In: TCU – Tribunal de Contas da União. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>. Acesso em: 18 out. 2018.
- ATRIA, Fernando (2004). Existem Direitos Sociais?. **Revista Discussões**, nº 4. Disponível em: <http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01826630549036114110035/015570.pdf?incr=1>.
- AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Orçamento Federal Executivo em 2017**. Brasília/DF. Disponível em: <https://auditoriacidada.org.br/>. Acesso em: 18 ago. 2018.
- AZEVEDO, E. M.; ALMEIDA, G. B.; PORTES, P. A. O mito da teoria da reserva do possível: os impasses do orçamento público para o desenvolvimento dos direitos sociais. **Revista Direito e Desenvolvimento**, João Pessoa, v. 4, n. 8, p.33-59, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/243-328-1-pb.pdf>. Acesso em 18 ago. 2018.

BAPTISTA, T.W.F.; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, pp. 829-839, 2009; ISSN 1678-4561.[online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300018>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BARROCO, M. L. S. Ética e serviço social: fundamentos ontológicos. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BASÍLIO, D. S.; CAPUTI, L. Serviço Social e Saúde: um olhar para a formação profissional. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, SP v.16, n. 1 (23), p. 49-80, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651473>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil de 1934**. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 08 ago. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 25 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde – Serviços Básicos de Saúde. Brasília, DF: 1980. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0218VIIcns_anais.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 20/9/1990, Página 18055. Poder Executivo, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/0web_siacs/docs/l8142.pdf. Acesso em: 29 out. 2016.

BRASIL. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 15 de mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_encep2012.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997. Disponível em: http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 17 ago 2018.

BRASIL. Lei 9.797 de 6 de maio de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9797.htm. Acesso em: 04 de mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em 29 fev. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 338 de 06 de maio de 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Falando de Ouvidoria: Experiências e Reflexões. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Brasília: Distrito Federal, 2010. Disponível em: ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/ouvidoria/material_implantacao/compendio_ouvidoria_geral_sus.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2010 (RENAME). 7ª ed. Brasília – DF: 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome_2010.pdf. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 1ª Ed, 4ª Reimpressão. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Mapa da Defensoria Pública no Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/mapadefensoria/a-defensoria-publica>. Acesso em: 09 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS. Brasília – DF: 2014. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/Livro-2-completo-para-site-com-ISBN.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Justiça. IV Diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil. Secretaria de Reforma do Judiciário – Centro de Estudos sobre o Sistema de Justiça. Brasília: 2015.

Disponível em: <http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politicas-de-justica/publicacoes/Biblioteca/ivdiagndefenspublicav9.pdf/>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Lei Nº 13.105 de 16 de março de 2015 – Código de Processo Civil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113105.htm. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Lei 13.257 de 8 de março de 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução 238 de 06 de setembro de 2016. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3191>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 111 de 28 de janeiro de 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.566 de 04 de outubro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2566_05_10_2017.html. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 937 de 07 de abril de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0937_10_04_2017.html. Acesso em: 21 ago. 2018.

BRASIL. Lei 13.770 de 19 de dezembro de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13770.htm. Acesso em: 04 mar. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 328/2011. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/SAUDE/550062-COMISSAO-APROVA-DISTRIBUICAO-DE-FRALDAS-PARA-IDOSOS-E-PESSOAS-COM-DEFICIENCIA.html>. Acesso em: 21 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BARROSO, L. R. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BEDIN, G. L.; SPENGLER, F. M. O Direito de Acesso à Justiça e as Constituições Brasileiras: Aspectos Históricos. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 14, n. 14, p. 135-146, julho/dezembro de 2013. Disponível em:

<http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/viewFile/512/373>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez, 2007.

BOSCHETTI, I. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n28. São Paulo, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-sssoc-128-0054.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 3ª Ed. São Paulo: Cebes/Hucitec, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTTA, Ana Elizabete (Org.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. **XIX Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. 4-8 de octubre 2009. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

BRAVO, M. I. S. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. **Serviço Social e Sociedade**, no.102 São Paulo abr./jun. 2010; ISSN 2317-6318.

BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: O potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P (Orgs.) **Política Social e Democracia**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2008.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: MOTTA, Ana Elizabete (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques *et al.* Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n. 5, p. 784-790, 2012; ISSN 1518-8787. [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500004>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CAMPOS NETO, O. H.; GONCALVES, L. O. ANDRADE, E. I. G. A judicialização da Saúde na percepção de médicos prescritores. **Interface (Botucatu)** [online]. 2018, vol.22,

no.64, pp.165-176; ISSN 1807-5762. [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0314>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CAPPELLETTI, M.; GARTH, B. **Acesso à Justiça**. Tradução e Revisão Ellen Gracie Northfleet. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1988.

CARDOSO, H. R. **O Paradoxo da Judicialização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Um Ponto Cego do Direito?** Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2017.

CARDOSO, I. L.; CUNHA, J. R. A. O mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa Saúde da Família. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 5, n. 4, out./dez 2016. Disponível em: <
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/250/413>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS. 3. Ed. **Rev. Atual**. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014. Disponível em:
<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/145435/1/PNAP%20%20Modulo%20Especifico%20-%20GS%20-%20Políticas%20de%20Saude.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

CASTRO, I. M. D. O mínimo existencial do direito à saúde: uma questão fática. **Leopoldianum**, ano 38, 2012, nº 104/105/106, p. 11-28. Disponível em:
<http://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/viewFile/454/415>. Acesso em: 13 ago. 2018.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R.. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, 2009; ISSN 1678-4464. [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800020>. Acesso em: 04 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área de saúde (Resultados Preliminares). **Instituto de Pesquisas Datafolha**, Junho de 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/datafolha_sus_cfm2018.pdf. Acesso em: 30 jun. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética do/a Assistente Social e Lei n. 8.662/93. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012 a. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Resolução CFESS N.º 383/99 de 29 de março de 1999. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional. Realização: Universidade Federal de Alagoas – UFAL/Conselhos Regionais de Serviço Social – CRESS, 2005. Disponível em:
http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf. Acesso em: 24 jan. 2019.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 02 de julho de 2018.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In. MOTTA, A. E. (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

CORREIA, M. V. C. Sociedade Civil e controle social: desafios para o Serviço Social. In: BRAVO, M. I; BRAVO DE MENESES, J. S. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012, p. 317-330.

COSTA, M. D. H. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos (as) Assistentes Sociais. In. MOTTA, Ana Elizabete (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ª Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

COUTO, B. R. *et al.* Proteção Social e Seguridade Social: A Constituição de Sistemas de Atendimento às Necessidades Sociais. In. GARCIA, M. L. T.; COUTO, B. R.; MARQUES, R. M. (Orgs) **Proteção Social no Brasil e em Cuba**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

DANIELLI, R. **A Judicialização da Saúde no Brasil: do viés individualista ao patamar de bem coletivo**. 1ª Reimpressão. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2018.

DRAIBE, S. M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. **Caderno de Pesquisa**. n. 08, Universidade Estadual de Campinas: Núcleo de Políticas Públicas, 1993. Disponível em: <http://www.nepp.unicamp.br/index.php?p=82>. Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

DOYAL, L.; GOUGH, I. *A Theory of human need*. London, MacMillan, 1991.

DURIGUETTO, M. L. Conselhos de direitos e intervenção profissional do Serviço Social. In: BRAVO, M. I; BRAVO DE MENESES, J. S. **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012, p. 331-360.

ESPING-ANDERSEN, G. **As três economias políticas do Welfare State**. Lua Nova, Nº 24. São Paulo: Marco Zero/Cedec, set. 1991.

FERNANDES, F. **A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Revista de ciências sociais**, v.52, n. 1, p. 223-251, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v52n1/v52n1a07.pdf>. Acesso em 15 ago. 2018.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 3ª. Ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. New York: Aldene de Gruyter, 1967.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade do serviço social**. 9ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GUERRA, Y. Direitos Sociais e Sociedade de Classes: o Discurso do Direito a Ter Direitos. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda (Orgs.) **Ética e direitos: ensaios críticos**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

IAMAMOTO, M. A. Questão Social no Capitalismo. In: **Temporalis**/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, nº 3. Brasília: ABEPSS, Graflina, 2001.

IAMAMOTO, M. A. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social** – Ensaio Crítico. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, M. A. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 13ª Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. A. **O Serviço Social na cena contemporânea**. CFESS, ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CEAD/UnB. Brasília. 2009.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, 2009. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico, 2010. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade BRASIL. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Ciclos de Vida, Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

KRELL, A. J. **Direitos sociais e controle judicial no Brasil e na Alemanha**: os (des)caminhos de um direito constitucional comparado. Porto Alegre: Sérgio Antonio Fabris Editor, 2002.

LAURELL, A. C. Avançando em direção no passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A.C.(org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez, 1995, p. 151 a 178.

LIMA, C. R.; SILVA, C. B. A Garantia do Direito à Saúde no Contexto de Contrarreformas do Estado: da universalização à judicialização. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V.M. (Orgs.) **Reforma sanitária e contrarreforma na Saúde**: interesses do capital em curso. Maceió: EDUFAL, 2017.

MACHADO, T. R. Judicialização da saúde e contribuições da teoria de justiça de Norman Daniels. **Revista de Direito Sanitário**, 2015 v. 16, n. 2; ISSN.2316-9044. [online].

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/106891/105511>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MANZINI, E. J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Maringá**, v4, n. 2, p. 149-171, 2012. ISSN: 2177-3300 [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/revpercurso.v4i2.18577>. Acesso em: 20 jan 2019.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5846597.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete [et al] **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

MARTINS, G; CARPANEZ, N. Judicialização da Saúde: apontamentos sobre a atuação jurisdicional, uma análise sob a ótica do estado democrático de direito e o acesso à justiça. **Revista Vianna Sapiens** Vol 7, Nº 2. Juiz de Fora: Dez de 2016. ISSN 2177-3726. Disponível em: <http://portal.viannajr.edu.br/files/uploads/20170302_083710.pdf>. Acesso em: 13 dez.2017.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: livro 1**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 32ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MAZZA, F. Ferreira. Os impasses entre a judicialização da saúde e o processo **orçamentário sob a responsabilidade fiscal**: uma análise dos fundamentos decisórios do Supremo Tribunal Federal. 2013. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-21052013-162419/>. Acesso em: 15 ago. 2018.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SCHWARTZ, I. V. D. A tese da judicialização da saúde pelas elites: os medicamentos para mucopolissacaridose. **Ciênc. saúde coletiva**; [online]. 2013, vol.18, no.4; ISSN 2177- 3726.. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400022>. Acesso em: 03 mai. 2018.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.66-81, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00066.pdf>. Acesso em: 05 de jun. 2018.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, J. P. Democracia e Transição Socialista: escritos de teoria e política. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

NOGUEIRA, V. M. R; MIOTO, R. C. T. Desafios do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In. MOTTA, Ana Elizabete (orgs.) **Serviço Social e**

Saúde: formação e trabalho profissional. 4ª Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, L. F. **O direito à saúde e a judicialização: apontamentos sobre o acesso.** II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais – Universidade Federal de Santa Catarina, outubro de 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180015/101_00315.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 ago. 2018.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social:** 60 anos de história da Previdência no Brasil. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

ORTIZ, F. S. G. **O serviço social e a sua imagem. Avanços e continuidades de um processo em construção.** 2007. 303f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. UFRJ, 2007.

PASSOS, D. P. M. **Assistência jurídica, assistência judiciária e justiça gratuita:** evolução histórica, distinções e beneficiários. Conteúdo Jurídico, Brasília-DF: 13 dez. 2012. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.41157>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PEPE *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2405-2414 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a15.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2017.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI *et al.* (orgs.) **Política social no capitalismo:** tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. 6ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PISK, O. **Proporcionalidade e Razoabilidade: Critérios de Intelecção e Aplicação do Direito.** Poder Judiciário da União – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. 2011. Disponível em: <http://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/artigos/2011/proporcionalidade-e-razoabilidade-criterios-de-intelecao-e-aplicacao-do-direito-juiza-oriana-piske>. Acesso em: 15 ago. 2018.

PONTES DE MIRANDA, F. C. **Comentários à Constituição de 1967:** com emenda nº 1, de 1969. tomo IV. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

PORTO, Silvia Marta. Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde. In: S. F. Piola e S. M. Vianna (orgs.) **Economia da Saúde:** Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. Brasília, IPEA, 2002.

RAMOS, R. S.; GOMES, A. M. T.; GUIMARÃES, R. M.; SANTOS, É. I. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais. **Revista de Direito Sanitário**, v. 18, n. 2, p. 18-38-77, 2017; ISSN.2316-9044.. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/142010>. Acesso em: 06 jul. 2018.

RAICHELIS, R. Desafios da gestão democrática das políticas sociais. **In: Capacitação em Serviço Social e política social**. Módulo 3. Brasília: UnB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000.

RAICHELIS, R. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In: MOTTA, Ana Elizabete (orgs.) **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

REIS, A. A. C.; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C.; PEREIRA, S. S. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**; Rio de Janeiro, V. 40, N. Especial, p. 122-135, Dez 2016; ISSN 2358-2898. [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042016s11>. Acesso em: 04 jun. 2018.

ROA, A. C. Financiamento dos sistemas de saúde na América Latina. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (Orgs.) **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES); Ministério da Saúde (MS); Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/sus/resource/pt/sus-31691>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ROCHA, Roberto. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. **Revista Pós Ciências Sociais**, vol. 6, nº11, 2009.

SADEK, M. T. A. Acesso à Justiça: um direito e seus obstáculos. **Revista USP**, São Paulo, n. 101, p. 55-66, março/abril/maio 2014. Disponível em: www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/87814/90736. Acesso em: 10 ago. 2018.

SALVADOR, E. Fundo Público e o Financiamento das Políticas Sociais no Brasil. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 14, n.2, p. 04-22, jan./jun. 2012. Disponível em: www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/download/12263/11632. Acesso em: 18 ago. 2018.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. Associação Brasileira de Ensino Universitário (ABEU-RJ). **R. Katál.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SARGSUS. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=28&codTpRel=01>. Acesso: 05 mai. 2019.

SETÚBAL, M. Entre o Direito e a Saúde: Contribuições ao Debate da Judicialização da Saúde para Crianças e Adolescentes Cronicamente Adoecidas. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Orgs.) **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

SIERRA, V. M. A judicialização da política no Brasil e a atuação do assistente social na justiça. **Rev. Katálisis** [online]. 2011, vol.14, n.2, pp.256-264; ISSN 1982 - 0259. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802011000200013>. Acesso em: 03 mai. 2018.

SILVA, F. L. M.; VALLE, S. A. O mínimo existencial como instrumento de garantia da eficácia das normas programáticas: um estudo do direito à saúde. **Pós em Revista do Centro Universitário Newton Paiva** 2012/2 - edição 6 - ISSN 2176 7785. Disponível em: <http://blog.newtonpaiva.br/pos/wp-content/uploads/2013/04/PDF-E6-D13.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2018.

SILVA JÚNIOR, G. B.; DIAS, E. R. Avaliação da satisfação dos usuários de um serviço de saúde público-privado no Nordeste do Brasil e a judicialização da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 13-29, oct. 2016. ISSN 2316-9044. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122303>. Acesso em: 13 ago. 2018.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M. I; BRAVO DE MENESES, J. S. (Orgs.) **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2013, p. 91-114.

SOARES, J. C. R. de S.; DEPRÁ, A. S. Ligações perigosas: indústria farmacêutica, associações de pacientes e as batalhas judiciais por acesso a medicamentos. **Physis** vol.22 nº.1 Rio de Janeiro 2012; ISSN 0103-7331. [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100017>. Acesso em: 18 out. 2018.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2013.v22n1/44-56/pt>. Acesso em: 10 jul. 2018

TAVARES, Maria Cecília. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento**. 2009. 258f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, São Paulo, 2009.

TERRAZAS, F. V. O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais de medicamentos. **Revista de Direito Administrativo**, v. 253, 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/8047/6837>. Acesso em: 08 ago. 2018.

TEIXEIRA, M. J. O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? In: I. S.; MENESES, J. B. (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, movimentos sociais e conselhos**. São Paulo: Cortez, 2013, p. 61-90.

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O Projeto ético-político do serviço social. In: Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS: ABEPSS, 2009.

TORRES, R. L. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. **Revista de Direito Administrativo**, n. 177, 1989, p. 20-49. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/46113/44271>. Acesso em: 15 ago. 2018.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 8ª Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional.** 2013. 349f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, Recife: UFPE, 2013.

VENTURA, M. *et. al.* Judicialização da Saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010, p.77-100; ISSN 0103-7331. [online]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>. Acesso em: 08 set. 2016.

VIANNA, M. L. T. W. O Silencioso Desmonte da Seguridade Social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, Potyara A. P. (Org.). **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2008.

VIDAL *et al.* Demandas judiciais por medicamentos antineoplásicos: a ponta de um iceberg? **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(8):2539-2548, Ago 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.07982017>. Acesso em: 20 jan. 2019.

VINAGRE, M. Ética, Direitos Humanos e Projeto Profissional Emancipatório. In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda (Orgs.) **Ética e direitos: ensaios críticos.** 4ª Ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

WINCKLER, C. R.; NETO, B. T. M. Welfare State à Brasileira. In: **Indicadores Econômicos da Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul.** v. 19. n. 4, 1992. Disponível em: <https://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/527/763>.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e Exclusão Social: Expressões da Questão Social no Brasil. In: **Temporalis/** Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, nº 3. Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

ANEXOS

ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAIS**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro, para os devidos fins e efeitos legais, que objetivando atender as exigências para a obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Hospital Cirurgia, tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "A via dupla entre a consolidação e o retrocesso do direito ao SUS no município de Aracaju/SE" e que a pesquisadora Regiane Freitas do Nascimento Andrade, devidamente assistida pela sua orientadora Vânia Carvalho Santos cumprirão todos termos da Resolução 466 de 2012 e suas complementares. Assim, atesto que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto e autorizo sua execução nos termos propostos.

Aracaju (SE), 22 de Maio de 2018.

Alex Vianey Callado França
Diretor de Ensino do Hospital de Cirurgia

Prof. Dr. Alex Vianey Callado França
Chefe do Serviço de Hepatologia
HU UFS
CRM 1804

Prof. Dr. Alex Vianey Callado França
Diretor de Ensino
FBHC



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HUSE – HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOV. JOÃO ALVES FILHO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Declaramos, conforme Resolução CNS 466/12, para os devidos fins que recebemos a pesquisa intitulada "A VIA DUPLA ENTRE A CONSOLIDAÇÃO E O RETROCESSO DO DIREITO AO SUS NO MUNICÍPIO DE ARACAJU" sob a responsabilidade da pesquisadora Regiane Freitas do Nascimento Andrade. Aguardamos liberação do Comitê de Ética e Pesquisa conforme exigência da gerência do setor, para que a mesma inicie a coleta dos dados. Disponibilizamos de toda infraestrutura necessária para realização da pesquisa e que a pesquisadora citada esta autorizada a utilizá-la em concordância com a rotina institucional.

Aracaju, 15 de Agosto de 2018

Núcleo de Educação Permanente

Regiane Freitas do Nascimento
GERENTE NUP/NEP/HUSE
Enfermeira
CEP-SE 55425

Av. Tancredo Neves, s/n, Bairro Capucho,
Aracaju/SE

DECLARAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA E AUTORIZAÇÃO PARA USO DA MESMA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Declaro, conforme a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado: "A VIA DUPLA ENTRE A CONSOLIDAÇÃO E O RETROCESSO DO DIREITO AO SUS NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE", da autora mestranda : REGIANE FREITAS DO NASCIMENTO ANDRADE, sob a responsabilidade da orientadora Profª. Dra. Vânia Carvalho Santos e que, a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) conta com toda Infra- estrutura necessária para realização e que o (s) pesquisador (es) acima citado(s) está (ão) autorizado(s) a utilizá-la.

De acordo e Ciente,

Aracaju, 12 de setembro de 2018.



André Luiz de Oliveira Nascimento

CPF: 944 865 655-68


Superintendente da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

HOSPITAL SÃO JOSÉ

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins e efeitos legais, que objetivando atender as exigências para a obtenção do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Hospital São José, tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "A via dupla entre a consolidação e o retrocesso do direito ao SUS no município de Aracaju/SE". O projeto será desenvolvido pela pesquisadora Regiane Freitas do Nascimento Andrade, devidamente assistida pela sua orientadora Profª Drª Vânia Carvalho Santos, ambas ligadas à Universidade Federal de Sergipe (UFS), as quais cumprirão todos os termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012 e suas complementares. Assim, atesto que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto e autorizo sua execução nos termos propostos.

Aracaju, 18 de setembro de 2018.


Fulvio Leite S. Teixeira
Coordenador Geral
Administrativo
Hospital São José

Av. João Ribeiro, 846 - Santo Antônio,
Aracaju - SE, 49060-000

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO PLATAFORMA BRASIL**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A via dupla entre a consolidação e o retrocesso do direito ao SUS no município de Aracaju/SE

Pesquisador: Regiane Freitas do Nascimento Andrade

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04773018.0.0000.5546

Instituição Proponente: Departamento de Serviço Social

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.091.155

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 18 de Dezembro de 2018

Assinado por:

Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador(a))

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO PARA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Apresentamos a aluna Regiane Freitas do Nascimento Andrade, matrícula 201711007851, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe a qual está desenvolvendo o projeto de pesquisa **“A via dupla entre a consolidação e o retrocesso do direito ao SUS no município de Aracaju-SE”**.

A temática envolve o trabalho dos assistentes sociais uma vez que tem como objetivo “Analisar, sob a perspectiva de profissionais do Serviço Social, as demandas por ampliação de direitos mediadas pela judicialização da saúde na rede hospitalar pública do município de Aracaju-SE”.


Os dados serão coletados no período de julho à setembro de 2018, ou poderá ser reduzido de acordo com a disponibilidade dos profissionais envolvidos. O horário de coleta de dados será preferencialmente das 14:00 às 16:00 hs, ou conforme autorizado pela instituição.

Neste sentido, reiteramos o compromisso de que os documentos analisados e o conteúdo das entrevistas realizadas serão garantidos o sigilo dos profissionais entrevistados, preservando a identidade dos envolvidos. Para cada profissional entrevistado a discente utilizará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O acesso à instituição para coleta de dados subsidiarão o desenvolvimento da dissertação da referida aluna, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos, docente da UFS. Ao final do trabalho ficaremos muito gratos em poder fazer uma devolução a esta conceituada instituição sobre os resultados obtidos e analisados.

Colocamo-nos a inteira disposição para eventuais esclarecimentos pelos seguintes contatos: telefone: (079) 999957-8160 / e-mail: vrtlcarvalho@hotmail.com.

São Cristóvão, 07 de maio de 2018.



Prof.^a Dr.^a Vânia Carvalho Santos

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS ASSISTENTES SOCIAIS

Entrevista

1) Perfil profissional:

Nome:

Tempo de trabalho na instituição:

Idade:

Orientação sexual: Masculina () Feminina () LGBT ()

Local de trabalho/setor:

2) O que significa a judicialização da saúde para você?

3) Quais os fatores que contribuem para o processo de judicialização da saúde?

4) Quais as principais demandas apresentadas ao Serviço Social e que são judicializadas?

5) Estas demandas podem ser resolvidas sem a judicialização da saúde, ou seja, existem outras estratégias de busca para a efetivação dos direitos em saúde alternativas a esta e que são mediatizadas pelo assistente social?

6) Perfil dos usuários orientados para o processo de judicialização?

6.1 – Faixa Etária: 0 a 12 anos () 13 a 18 anos () 20 a 60 anos () Acima de 60 anos ()

6.2 – Orientação sexual: Masculina () Feminina () LGBT ()

6.3 – Moradia: Zona Urbana () Zona Rural ()

6.4 – Escolaridade: Não Alfabetizado () Alfabetizado () Ensino Fundamental Completo ()
Ensino Médio Completo () Superior ()

6.5 – Renda: Até 1 SM () De 1 a 3 SM () De 3 a 5 SM () Acima de 5 SM ()

7) Quais profissionais comumente orientam os usuários para recorrerem à judicialização?

8) Qual a participação do Serviço Social no processo de judicialização da saúde?

9) Quais os impactos da judicialização no exercício profissional do assistente social?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Sr. (a),

Este é um convite para você participar da pesquisa **A via dupla entre a consolidação e o retrocesso do direito ao SUS no município de Aracaju-SE**, cuja temática envolve o trabalho dos assistentes sociais uma vez que tem como objetivo “Analisar, sob a perspectiva de profissionais do Serviço Social, as demandas por ampliação de direitos mediadas pela judicialização da saúde na rede hospitalar pública município de Aracaju-SE”. O referente estudo está sendo executado pela mestranda **Regiane Freitas do Nascimento Andrade**, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Vânia Carvalho Santos** oriundas da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. As informações serão colhidas através de perguntas abertas e fechadas num questionário a ser preenchido por você e os/as demais assistentes sociais atuantes no HUSE.

Responderá este questionário de acordo com sua disponibilidade **até o dia 20 de setembro de 2018**, de modo a facilitar a realização e sistematização da pesquisa. A distribuição e o recolhimento dos questionários serão realizados através de contato direto em seu local de trabalho. Garanto uma participação com respeito e consideração a sua dignidade humana, assegurando a você o direito de recusar-se responder a qualquer questão que lhe cause constrangimento de alguma natureza em qualquer momento da pesquisa.

É importante esclarecer que, esta pesquisa poderá proporcionar a atualização do perfil profissional, além de possibilitar a reflexão sobre a temática da judicialização da saúde no município de Aracaju-SE, sob a perspectiva dos assistentes sociais.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados

será feita de forma a não identificar os sujeitos da pesquisa. Você ficará com uma cópia deste termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a responsável pela pesquisa, a pesquisadora Regiane Freitas do Nascimento Andrade, no endereço eletrônico regiane.fn@hotmail.com, celular (079) 99874-2224.

Participante da pesquisa:

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Pesquisador responsável: _____

Regiane Freitas do Nascimento Andrade